

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA:

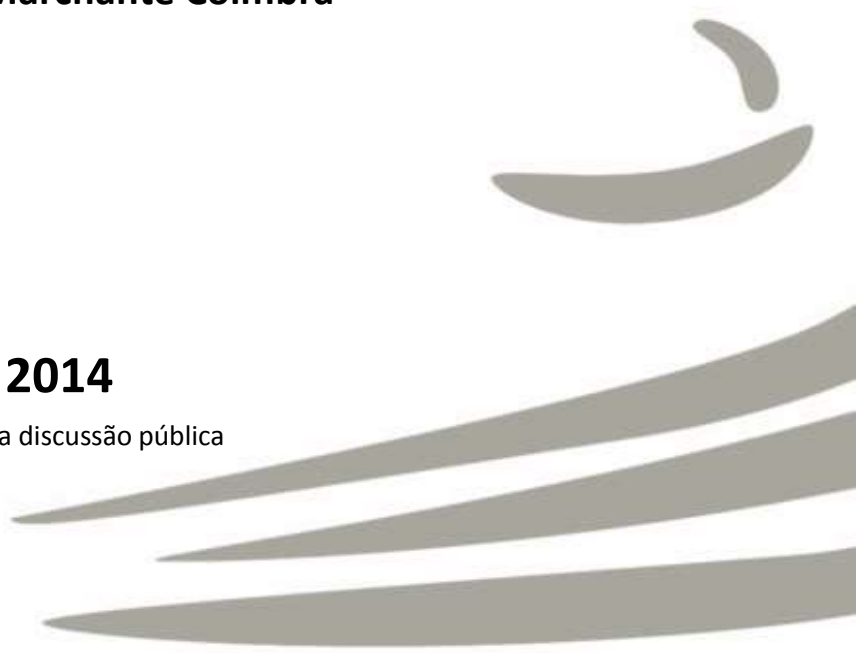
CUIDAR A CRIANÇA EM DIÁLISE PERITONEAL E

FAMÍLIA

Carla Sofia Marchante Coimbra

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: CUIDAR A CRIANÇA EM DIÁLISE PERITONEAL E FAMÍLIA

Carla Sofia Marchante Coimbra

Sob orientação da Professora Maria Filomena Abreu de Sousa

2014



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Às crianças e famílias com quem contactei ao longo deste percurso.

Às enfermeiras tutoras e equipa dos diferentes contextos pela permanente disponibilidade e pelos momentos de partilha.

À equipa da Unidade de Nefrologia Pediátrica pelo apoio e compreensão nos momentos de maior cansaço.

À Professora Filomena Sousa pela motivação, orientação e apoio demonstrados.

Ao Nuno, à minha família e amigos pelo apoio incondicional e incentivo ao longo deste percurso, por serem o meu suporte nos momentos difíceis.

E a todos aqueles, que contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização de uma nova etapa da minha vida.

A todos um sentido Agradecimento!

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEESIP- Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EPE – Empresa Pública Empresarial

ERA-EDTA - European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

SAPE – Sistema de apoio à prática de enfermagem

SINUS – Sistema de informação de unidades de saúde

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

TFG – Taxa de filtração glomerular

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UNICEF – United Nations Children's Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

ABREVIATURAS

% - Percentagem

et al. – e outros

Sr.^a – Senhora

s/d – sem data

RESUMO

O presente relatório espelha o percurso de aprendizagem nos diversos contextos de estágio. Procuro, assim, transmitir, objetivamente e numa atitude reflexiva, a adequação das atividades desenvolvidas quer às necessidades identificadas junto da Equipa e da Criança/Família quer ao processo de desenvolvimento de competências de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Ao longo do estágio foi dado ênfase ao Cuidar de Enfermagem na Preparação do Regresso a Casa, focado na Criança em diálise peritoneal e Família. Considerando o acréscimo de crianças com doença crónica dependente de tecnologia e a complexidade de cuidados no domicílio, procurei desenvolver uma intervenção especializada que incida na maximização da saúde e na promoção das competências parentais aliadas à adaptação. Não descurando a articulação entre Unidades de Saúde e uma metodologia de prestação de cuidados eficaz.

A temática, enquanto desafio em saúde, exigiu um plano de cuidados personalizado e gerido, em parceria, com a Criança/Família de modo a promover uma resposta adaptativa. Deste modo, o Enfermeiro Especialista pelo conhecimento aprofundado que detém e pelas suas competências específicas, tem uma acrescida responsabilidade na maximização da saúde da Criança no âmbito da formação, investigação, gestão e prestação de cuidados em situações de especial complexidade. Paralelamente foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências ao nível da promoção da Saúde e do desenvolvimento infantil, otimizando o mesmo através da sua avaliação e das orientações antecipatórias à Família. Visando ainda uma intervenção promotora da parentalidade em todas as etapas de vida. Procurar desenvolver uma prática baseada na evidência e mobilizar competências de comunicação foram, ainda, aspetos cruciais neste percurso.

É expectável que as atividades desenvolvidas, nomeadamente o Programa de Preparação do Regresso a Casa da Criança em diálise peritoneal e Família, constituam um significativo contributo na melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras-Chave: Criança; Família; Regresso a Casa; Adaptação; Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

This report reflects the learning path undergone through the several contexts of clinical practice.

By reflecting on this issue, the author's goal is to, objectively, transmit the appropriateness of the developed activities, not only to the needs identified in the clinical context (for the team as well as the child/family) but also to the skills' development process as a future Children's and Teenagers' Nurse Specialist.

Throughout the clinical practice stages, emphasis was given to Nursing Care for Home Return Preparation, focused on the child on peritoneal dialysis and family. Given the growing number of chronically ill children who depend on technology and the inherent complexity of home care needs, the author tried to establish a specialized intervention that would maximize health and at the same time promote parental skills connected to adaptive responses.

Despite that, the articulation between Health Care Units and an effective health care method must not be neglected.

This subject, being considered a health challenge, demanded a personalized nursing process, managed in partnership with the Child/Family, in order to promote an adaptive response. Thus, the nurse specialists, with their deep knowledge and specific skills, have a significant responsibility in maximizing the child's health through training, research, management and care taking in highly complex situations.

At the same time, it was also possible to improve knowledge and skills in health promotion and child development, optimizing it through evaluation and early family guidance, in order to promote life-long parenting.

Developing an evidence-based practice and improving communication skills were also important aspects of this process.

It is expected that the developed activities, especially the Nursing Care Program for Home Return Preparation of the Child on Peritoneal Dialysis and Family, should add to improve health care quality.

Key-words: Child, Family, Home Return, Adaptation, Nurse Specialist.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	1
1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.....	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2.1. ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM	6
2.2. A CRIANÇA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM DIÁLISE PERITONEAL E FAMÍLIA	7
2.3. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA CRIANÇA E FAMÍLIA: UM CUIDAR DE ENFERMAGEM	12
2.3.1. <i>Modelo de Adaptação de Roy</i>	12
2.3.2. <i>Filosofia de Cuidados Centrados na Família</i>	14
2.3.3. <i>Intervenção de Enfermagem na preparação do regresso a casa</i>	15
3. PERCURSO DE ESTÁGIO: ANÁLISE E REFLEXÃO	20
3.1. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	22
3.2. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	30
3.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	36
3.4. SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA.....	41
3.5. UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	44
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
5. PERSPETIVAS FUTURAS	56
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

APÊNDICE I: Diagnóstico de Situação

APÊNDICE II: Documento Orientador do Estágio

APÊNDICE III: Caracterização do serviço de Neonatologia

APÊNDICE IV: Guia Orientador para os Pais do Recém-Nascido

APÊNDICE V: Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

APÊNDICE VI: Projeto “Promover a Parentalidade Positiva: a Criança dos 0 aos 36 meses”

APÊNDICE VII: Caracterização do serviço de Urgência Pediátrica

APÊNDICE VIII: Relatório da sessão de formação “Conhecer para Intervir: a Criança em diálise peritoneal no serviço de urgência”

APÊNDICE IX: Caracterização do serviço de Pediatria Médica 5.2.

APÊNDICE X: Diário de Campo

APÊNDICE XI: Caracterização da Unidade de Nefrologia Pediátrica

APÊNDICE XII: Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família

APÊNDICE XIII: Folheto: Cuidados ao orifício do catéter peritoneal – orientações para a Criança e Família

APÊNDICE XIV: Norma de Procedimento: Cuidados ao orifício do catéter peritoneal

ANEXOS

ANEXO I: Certificados de presença

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório reflete o percurso de estágio no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEEESIP), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este documento contempla a descrição e a análise reflexiva do meu percurso formativo, transmitindo objetivamente as atividades realizadas, os objetivos adjacentes e as competências desenvolvidas.

Perante os desafios atuais na área da saúde infantil e a, conseqüente, necessidade de uma prática de Enfermagem sustentada pela reflexão contínua sobre o exercício profissional, o relatório espelha a busca de uma intervenção especializada nos diferentes ambientes que rodeiam a Criança. Visando, deste modo, a maximização da saúde e a promoção do desenvolvimento infantil, numa abordagem que prima pela parceria com a Família num cuidado de Enfermagem holístico, ético e culturalmente sensível (OE, 2011b).

O estágio foi delineado tal como preconiza a Portaria n.º 1182/2010 de 16 de novembro e a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), integrando contextos de neonatologia, cuidados de saúde primários, urgência e internamento pediátrico. Este percurso presume a aquisição e o desenvolvimento de Competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) pela integração de aprendizagens fruto da diversidade dos contextos profissionais. Não obstante, também se prevê como uma mais-valia para o meu desempenho profissional, uma vez que pressupõe o aprofundar de conhecimentos sobre as respostas humanas aos processos de vida e desafios de saúde, aliado à prestação de cuidados à Criança e Família em diferentes situações e fases do desenvolvimento infantil.

No decorrer do estágio foi, ainda, dada ênfase à temática: *Preparação do Regresso a Casa da Criança com Doença Renal Crónica em Diálise Peritoneal e Família*. Esta temática tem uma pertinência atual uma vez que, face ao acréscimo de crianças com doença crónica dependente de tecnologia no domicílio, urge desenvolver uma intervenção de Enfermagem centrada na Criança e Família de modo a maximizar o seu potencial de saúde e o desenvolvimento de respostas adaptativas no regresso a

casa. O Enfermeiro Especialista tem neste âmbito uma responsabilidade acrescida, uma vez que dispõe de *“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Regulamento n.º 122/2011).

Em busca de um exercício profissional com qualidade torna-se, cada vez mais, pertinente o desenvolvimento de competências e de boas práticas com vista à criação e manutenção de um ambiente seguro que desenvolva as potencialidades da Criança e Família e que garanta a continuidade de cuidados com segurança e responsabilidade. Associado a este facto, surge uma motivação intrínseca em desenvolver uma relação interpessoal com competência e aperfeiçoamento profissional interligada com o desenvolvimento profissional. Sendo este sustentado por uma prática reflexiva e baseada na evidência que dê frutos na melhoria contínua da qualidade no Cuidar a Criança em diálise peritoneal e Família.

Na realização deste documento foi dada primazia a uma metodologia de carácter descritivo, concomitantemente a uma análise crítica e reflexiva. Sendo que, numa constante reflexão sobre a prática, fruto de pesquisa bibliográfica e da experiência vivida e partilhada, faço um balanço entre a concretização dos objetivos definidos e as atividades desenvolvidas inerentes à consolidação de conhecimentos e à aquisição e desenvolvimento de competências.

Como Enfermeira considero que todo o percurso de estágio não pode ser dissociado de um modelo teórico que oriente a prática, conferindo-lhe uma maior eficiência. Deste modo, o Modelo de Adaptação proposto por Calista Roy constitui o modelo teórico que sustenta a tomada de decisão inerente ao percurso de estágio, alicerçado na Filosofia de Cuidados Centrados na Família. A opção por este Modelo justifica-se pela busca incessante de uma compreensão e fundamentação mais alargada do regresso a casa da Criança com necessidades especiais e Família, tal como o metaparadigma associado, pessoa; ambiente; saúde e Enfermagem.

Na sua estrutura, o relatório contempla numa primeira parte a contextualização e fundamentação teórica da temática. Numa segunda fase, procedo à análise e reflexão do percurso de estágio por contexto de cuidados, sendo que a

caraterização pormenorizada dos mesmos será apresentada em apêndice. Finalizando com as considerações finais e projeções para o futuro.

Por fim, gostaria de salientar que em todo o documento a referência a pais respeita ao cuidador familiar da Criança. Existe, ainda, uma preocupação em mobilizar uma linguagem que concretize a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Na minha prática profissional desempenho funções enquanto Enfermeira de cuidados gerais numa Unidade de Nefrologia Pediátrica. Tal Unidade constitui um centro de referência nacional no foro da nefrologia pediátrica, abrangendo atualmente oito crianças com doença renal crónica (DRC) em diálise peritoneal. No decorrer da prática de cuidados deparo-me com os constantes desafios de saúde colocados à Criança e Família, nomeadamente pelas características da cronicidade da doença e pelos cuidados complexos inerentes à dependência de tecnologia.

A sobrevivência da Criança com DRC em diálise peritoneal depende de tecnologia, mas tal facto não restringe a alta hospitalar e a continuidade de cuidados no domicílio. Ainda que, ao longo do internamento, a intervenção da Equipa multidisciplinar da Unidade incida na preparação do regresso a casa, a constatação de readmissões frequentes por complicações infecciosas e da exaustão do cuidador familiar desencadeia em mim um questionamento contínuo sobre o facto de a Família estar ou não preparada para garantir a continuidade dos cuidados à Criança e assumir o papel parental plenamente. Segundo os dados do meu contexto profissional, entre janeiro de 2011 e junho de 2012, as dez crianças com DRC em diálise peritoneal seguidas na Unidade tiveram uma elevada taxa de readmissão hospitalar por infeção do orifício do catéter peritoneal (vinte e três episódios) e por peritonite (onze episódios). A par dos dados supramencionados e da constatação diária, tais factos induzem a minha reflexão sobre a preparação da Família no regresso a casa. Neste sentido, estou convicta que a sistematização e avaliação do cuidado de Enfermagem neste âmbito pode diminuir os reinternamentos e, consequentemente, maximizar a qualidade de vida da Criança e sua Família.

Considerando a minha experiência profissional na área da saúde infantil ao nível hospitalar, nomeadamente na prestação de cuidados a crianças com DRC em diálise peritoneal, e o autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem reconheci que deveria desenvolver competências na área do cuidado de Enfermagem especializado à Criança e Família e aprofundar conhecimentos acerca da preparação do regresso a casa em situações de especial complexidade.

A par de uma prática baseada na evidência, seja científica ou sustentada pelas necessidades da Criança/Família percecionadas ao longo dos anos de prática,

auscultei, com um breve questionário (Apêndice I), a equipa de Enfermagem, na qual me integro, face à pertinência do desenvolvimento da temática.

Perante a constatação do interesse demonstrado pelos colegas e indo de encontro às orientações da Ordem dos Enfermeiros (2011a e 2011b) sobre a prática de Enfermagem na preparação da alta hospitalar desde a admissão, de modo a reduzir o tempo de internamento e as readmissões assegurando, assim, a adaptação da Criança e Família à situação de saúde e a continuidade dos cuidados, considero pertinente a elaboração de um Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família. Sob um Programa estruturado pretende-se, portanto, a uniformização do Cuidar de Enfermagem na preparação do regresso a casa, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio com qualidade, sobretudo ao nível da capacitação parental. Uma vez que, numa abordagem holística e em parceria, a criação deste Programa advém da perceção da necessidade da Família em desenvolver uma resposta adaptativa e em adquirir competências para garantir a continuidade dos cuidados ao seu filho no domicílio, visando a autonomia e a capacitação para uma tomada de decisão informada e responsável.

Tendo consciência que para Cuidar a Criança e Família o Enfermeiro deve possuir competências na área da relação interpessoal, constituiu uma preocupação desenvolver uma relação profissional com competência e aperfeiçoamento profissional. Estando a mesma interligada com o desenvolvimento profissional sustentado por uma prática reflexiva e baseada na evidência. Segundo Rycroft-Malone *et al.* (2004), enquadrada num exercício profissional de excelência, a prática baseada na evidência permite incorporar na tomada de decisão e julgamento clínico a melhor evidência científica conjuntamente com a experiência do profissional, os recursos disponíveis e a individualidade do cliente, neste caso a Criança e Família.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo abordo os principais conceitos inerentes ao enquadramento teórico. Sendo que os mesmos constituem a base de sustentação para a compreensão da temática em profundidade, fundamentando, também, a opção pelas atividades realizadas intrínsecas à prestação de cuidados de Enfermagem. Como refere (Fortin, 1999, p.39), o enquadramento teórico, constitui a *“forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo”*, que advém de forma dedutiva da teoria.

2.1. ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

A saúde da Criança e do Jovem constitui uma área em constante desenvolvimento e mutação, incitando um questionamento contínuo dos profissionais sobre a sua prática. Perante esta constatação, o EEESCJ, pelas suas competências e conhecimento, tem um papel determinante no desenvolvimento do Cuidar de Enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Considerando que o mesmo detém uma responsabilidade acrescida na assistência à Criança e Família em processo de adaptação, uma vez que assume, não só um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, como também uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades individuais da pessoa alvo de cuidados (OE, 2009). Assim, na área da saúde da Criança e do Jovem, o Enfermeiro tem uma intervenção determinante ao nível da promoção da saúde, da vinculação e do desenvolvimento infantil. Tal intervenção pressupõe uma relação de parceria e a capacitação da Família nos cuidados à Criança e na tomada de decisão. Paralelamente a estes aspetos, a avaliação dos conhecimentos e da dinâmica familiar tem extrema importância na adequação das orientações antecipatórias e na mobilização de recursos de suporte, caso seja necessário (Regulamento n.º 123/2011).

Tal como é preconizado pelo Regulamento supramencionado, num trabalho de parceria com a Criança e Família, desenvolve uma intervenção que visa a maximização da saúde infantil em situações de complexidade num Cuidar de

Enfermagem que vise as necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da Criança e do Jovem, qualquer que seja o contexto de cuidados. A pertinência da maximização da saúde advém de várias conferências internacionais, como Ottawa (1986) e Jacarta (1997), e da legislação nacional, como a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto com alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro). Ao nível da saúde infantil, a Família assume um papel preponderante na maximização da saúde da Criança (DGS, 2012), enquanto constante na vida deste “(...) *ser humano menor de dezoito anos* (...)” (Unicef, 1989, p.6).

Desta forma, perante as crescentes exigências na área da saúde da Criança e do Jovem importa que a intervenção de Enfermagem se centre na Família em que a Criança se insere. A consciencialização e capacitação da Família sobre o desenvolvimento infantil e necessidades adjacentes constituem um aspeto crucial no Cuidar especializado de Enfermagem. Em consonância com o cuidado centrado na Família, o cuidado culturalmente competente é fulcral para uma compreensão em profundidade das necessidades da Criança e Família (OE, 2011b).

No contexto de cuidados na área da saúde da Criança e do Jovem surgem diversas situações de especial complexidade, no entanto, quando uma Criança tem uma doença crónica e depende de tecnologia para sobreviver essa complexidade torna-se ainda mais significativa, tal como veremos em seguida.

2.2. A CRIANÇA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DIÁLISE PERITONEAL E FAMÍLIA

Enquanto patologia crónica, a doença renal (DRC) consiste na falência permanente da função renal aos níveis excretor, regulador e hormonal, resultante da perda gradual de nefrónios (Ward, 2005). De acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG) define-se o estadio da doença, podendo evoluir desde o estadio 1 para o estadio 5. De um modo geral, o estadio 1 implica alterações urinárias assintomáticas sem alteração na TFG; os estadios 2, 3 e 4 correspondem às situações de doença renal ligeira, moderada e grave respetivamente, acompanhadas de redução da TFG e, por último, o estadio 5, corresponde às situações de falência renal, em que a criança depende de uma técnica de substituição da função renal para sobreviver (Geary & Schaefer, 2008). A doença renal, enquanto situação patológica, carece de

tratamento conservador (medicação e dieta personalizada) desde o momento de diagnóstico (Mahon & Jenkins, 2007).

O aparecimento da doença pode ser abrupto, no entanto, em idade pediátrica, a causa principal de DRC advém de malformações congénitas (Harambat, Stralen, Kim & Tizard, 2012; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2012; Kramer *et al.*, 2013).

Esta doença enquadra-se nas doenças crónicas na infância, constituindo uma situação de alteração patológica irreversível que interfere com o funcionamento normal diário por um período superior a 3 meses/ano e que causa internamentos superiores a 1 mês/ano, exigindo a formação do cliente face aos cuidados adjacentes (Hockenberry & Wilson, 2011; DGS, 2012).

Em termos epidemiológicos, ao nível da Europa, os dados revelam uma incidência de DRC de 9.3 por milhão de habitantes com idade inferior a 20 anos (European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association [ERA-EDTA], 2011). Apesar dos estudos epidemiológicos serem escassos (Warady & Chadha, 2007), a SPP (2012) assume que esta doença crónica em idade pediátrica tem vindo a aumentar em Portugal constituindo um desafio de grande complexidade para os profissionais e para o sistema de saúde. Consequentemente, verifica-se um aumento do número de crianças com DRC em tratamento de substituição renal, registando-se 170 casos em 2011 e 201 em 2012, numa média de idades de 11,4 anos (SPP, 2012).

Perante o agravamento da sua doença renal, no estadio 5, em que a taxa de filtração glomerular é inferior a $15 \text{ ml/min/1.73m}^2$, a Criança necessita de uma técnica de substituição da função renal para sobreviver, tal como hemodiálise e diálise peritoneal, a par da medicação e dieta personalizada (Mahon & Jenkins, 2007).

Enquanto a Criança e Família aguardam a concretização do transplante renal, a diálise peritoneal constitui a técnica substitutiva da função renal de eleição em idade pediátrica. A diálise peritoneal consiste numa técnica de substituição da função renal, apenas ao nível excretor e regulador, através dos princípios de osmose, difusão e convecção. Estando a perda de função hormonal, nomeadamente ao nível da eritropoiese e ativação da vitamina D, assegurada parcialmente pela medicação e

dieta (Ward, 2005). Esta técnica de substituição renal utiliza o peritoneu como membrana dialisante, sendo imprescindível a colocação cirúrgica de um catéter na cavidade peritoneal. Tal catéter, exposto na região abdominal, permite a infusão de líquido dialisante na cavidade peritoneal e a posterior drenagem do líquido efluente, após um período de permanência em que os princípios de osmose, difusão e convecção atuam (Ward, 2005).

A diálise peritoneal pode subdividir-se em técnica contínua ambulatoria ou técnica automatizada. Na primeira opção, o procedimento de infusão e de drenagem realiza-se manualmente, várias vezes por dia e diariamente. Por outro lado, na diálise peritoneal automatizada, a infusão e drenagem são processadas diariamente por um dispositivo automático, designado cicladora, geralmente durante a noite ou no período de repouso da Criança. Ambas podem ocorrer em ambiente hospitalar ou no domicílio (Ward, 2005).

Pelas suas características, a diálise peritoneal automatizada constitui a técnica de eleição em idade pediátrica, uma vez que permite uma menor manipulação do catéter peritoneal e, conseqüente, minimização de complicações infecciosas. Tal como permite à Criança e Família uma maior autonomia e socialização, quer ao nível laboral por parte dos pais quer ao nível da socialização potencializadora do desenvolvimento infantil (Ward, 2005). Como se compreende, a Criança com DRC em diálise peritoneal, enquanto Criança com doença crónica e dependente de tecnologia, necessita de equipamento médico para compensar a perda de uma função corporal e que vise a manutenção da vida (Hockenberry & Wilson, 2011).

Na diálise peritoneal automatizada é utilizada tecnologia específica, para compensar a perda da função renal, que garante a manutenção da vida, pelo que a sua utilização terá que ser feita de um modo adequado. Embora esta técnica, quer seja manual ou automatizada, tenda a ser eficaz e bem tolerada pela Criança, ao longo do internamento, é imprescindível a aprendizagem da Família para garantir a sua autonomia e continuidade de cuidados. Estando subjacente à aprendizagem a situação clínica da Criança e a avaliação familiar, nomeadamente a motivação, disponibilidade e as condições habitacionais (Ward, 2005).

As complicações, como em qualquer tratamento invasivo, tendem a surgir e apesar de todos os avanços técnicos e da diminuta manipulação do acesso peritoneal, a

peritonite e a infecção do orifício do catéter continuam no topo das causas de morbilidade e falência da diálise peritoneal em idade pediátrica (Chadha, Schaefer & Warady, 2010). Face à especificidade e complexidade de cuidados, a prevenção das infeções constitui um elemento-chave para a qualidade de vida da Criança, pelo que os cuidados antecipatórios à alta, ainda em ambiente hospitalar, são determinantes na garantia da continuidade dos cuidados no domicílio (Ward, 2005; Chadha, Schaefer & Warady, 2010).

A DRC, enquanto doença crónica, na infância tem impacto no desenvolvimento infantil e no desempenho dos papéis no seio familiar (Castro & Piccinini, 2002). De acordo com Barros (2003), a doença crónica *“altera a vivência direta da criança de duas formas diferentes: obriga a experiências aversivas que a criança tem de enfrentar e impede ou limita as experiências de vida normativas, desejáveis e facilitadoras do desenvolvimento que a doença não permite ou restringe”* (p.139).

Independentemente da técnica dialítica, entre as várias especificidades da DRC na infância destacam-se algumas comorbilidades, por exemplo ao nível cardiovascular e esquelético, que podem afetar o crescimento e o desenvolvimento da Criança com implicações na sua qualidade de vida e da Família (Ward, 2005; Warady & Chadha, 2007; López, Escribano, García, Pablos & Cantanero, 2010; Lima, Arruda, Vicente, Marcon & Higarashi, 2013).

Ao nível do atraso no crescimento, a etiologia é multifatorial incluindo a osteodistrofia renal, a anemia, a diminuição na secreção dos fatores de crescimento e os distúrbios nutricionais, associados à anorexia e baixa ingesta calórica. Por exemplo, ao nível da alimentação, estas crianças têm um plano dietético restritivo e personalizado de acordo com a sua faixa etária, peso, estatura e estadio da doença renal. Em termos do desenvolvimento infantil, os internamentos hospitalares prolongados e frequentes tal como as restrições impostas pela tríade terapêutica – dieta, medicação e diálise - limitam as experiências promotoras do desenvolvimento infantil. Tal facto surge em sintonia com características da doença, nomeadamente a irritabilidade e o défice de concentração com implicações nas capacidades motoras e cognitivas da Criança. Em termos de exercício físico, algumas comorbilidades associadas, como a anemia e osteodistrofia renal, podem ser limitativas na atividade lúdica e social da Criança, não obstante deve ser incentivada de acordo com as

necessidades e capacidades da mesma (Hsu, Kooh, Fraser, Cumming & Fornasier, 1982; Ward, 2005; Frota *et al.*, 2010; Moreira e Vieira, 2010).

Perante a complexidade de cuidados que a Criança com DRC necessita no domicílio, a continuidade dos mesmos constitui um desafio para a Família. Tal como a reorganização familiar, uma vez que tendem a surgir mudanças no desempenho dos papéis associadas à medicalização do papel parental ou ao isolamento social e *stress* parental (Castro & Piccinini, 2002). Segundo Frota *et al.* (2010), a qualidade de vida da Criança e Família tende a sofrer repercussões, uma vez que a tríade terapêutica exige reorganização da Família e limitações na vivência social e lúdica. No entanto, é expectável que a Família, enquanto sistema holístico adaptável (Roy & Andrews, 2001), tenha capacidade de se ajustar à doença da Criança a par da alteração na dinâmica familiar e da perturbação na relação pais-filho.

Segundo Barros (2003), a Família da Criança em diálise peritoneal, como em qualquer outra doença crónica com dependência de tecnologia, pelos cuidados complexos adjacentes e internamentos prolongados frequentes, pode vivenciar um comprometido da relação pais-filho. No sentido em que *“a doença exige que os pais intervenham nos cuidados de uma forma que pode ser invasiva (...) facilitando um sobre envolvimento materno. Ou, de um modo geral, criando uma relação pais-filhos excessivamente centrada em rotinas instrumentais e de tratamento (...)”* (Barros, 2003, p. 146). Relativamente a este facto, Marinheiro (2002) afirma que a relação pais-filho de crianças com necessidades especiais sustentada pela superproteção influencia negativamente o desenvolvimento da Criança.

Acresce-se, ainda, que alguma evidência científica demonstra que as necessidades emocionais dos pais, relacionadas com a incerteza do prognóstico, com o *stress* e fadiga, também estão associadas à complexidade dos cuidados à Criança e à medicalização do papel parental (Tong, Lowe, Sainsbury & Craig, 2008; Tong *et al.*, 2010; Elias, Murphy & Council on children with disabilities, 2012). Sendo assim fundamental promover as suas competências parentais no cuidado à Criança e o ajuste no papel parental. Uma vez que a Família, perante o processo de adaptação face aos desafios gerados pelas necessidades da Criança, carece repensar a sua dinâmica e funcionalidade em termos de papel parental e social.

2.3. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA CRIANÇA E FAMÍLIA: UM CUIDAR DE ENFERMAGEM

Tal como mencionado anteriormente, de modo a minimizar o impacto na dinâmica familiar e no desenvolvimento da Criança torna-se uma exigência que o Enfermeiro promova a capacidade de adaptação dos pais nos cuidados ao seu filho desde a admissão hospitalar (Marinheiro, 2002; Tong *et al.*, 2010). Neste sentido e à luz do Modelo de Adaptação de Roy, a intervenção de Enfermagem tem como objetivo a promoção de respostas adaptativas apoiando, neste caso, a Família na gestão de estímulos e promovendo o seu máximo funcionamento (Roy & Andrews, 2001).

De modo a enquadrar os pressupostos que orientaram o meu percurso formativo com o foco de atenção na adaptação da Família para cuidar do seu filho no domicílio, abordo em seguida o Modelo de Adaptação proposto por Callista Roy e a Filosofia de Cuidados Centrados na Família. No sentido em que importa explicitar os conceitos que sustentaram a prática e que permitiram atribuir uma renovada e amadurecida compreensão do cuidado de Enfermagem à Criança e Família em situações de especial complexidade.

2.3.1. Modelo de Adaptação de Roy

O Modelo de Adaptação de Roy sustentou a prestação de cuidados ao longo do estágio, alicerçado na Filosofia de Cuidados Centrados na Família. Fundamentado em suposições filosóficas relativas ao Humanismo e Veracidade, este Modelo também se baseia em suposições científicas adjacentes à Teoria Geral dos Sistemas de von Bertalanffy e à Teoria do Nível de Adaptação de Helson (Roy & Andrews, 2001).

À luz de Callista Roy, a pessoa alvo de cuidados é compreendida como um sistema holístico adaptável que mobiliza os seus recursos intrínsecos, mecanismos reguladores e mecanismos cognitivos, de quatro modos distintos, fisiológico, autoconceito, desempenho do papel e interdependência, e que convergem para a sua saúde, para a sua qualidade de vida e para uma morte com dignidade (Roy & Andrews, 2001). Para uma melhor compreensão do Modelo, importa descrever pormenorizadamente o metaparadigma, segundo Roy e Andrews (2001):

- **Pessoa:** define-se como *“sistema holístico adaptável (...) funciona como um todo e é mais do que uma mera soma das suas partes”* (p. 19). A pessoa sofre, enquanto sistema, *inputs* de estímulos resultando daí uma reposta (*outputs*) mediada por mecanismos de resistência, cognitivo ou regulador, uma vez que o *“sistema humano tem a capacidade de se ajustar, efectivamente, às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afecta o meio ambiente”* (p. 20). Segundo este Modelo, a Família ou Comunidade podem constituir o alvo de cuidados.
- **Ambiente:** constitui o *“mundo interior ou exterior da pessoa”* (p.31), estimulando-a a conceber respostas adaptáveis. O ambiente engloba três tipos de estímulos que em permanente mudança desencadeiam uma resposta. Os estímulos focais, internos ou externos confrontam a pessoa no imediato; os contextuais, todos os outros estímulos que estando presentes influenciam a situação e contribuem para o efeito do estímulo focal; os residuais, enquanto fator ambiental influenciam o nível de adaptação sendo o seu efeito na situação obscuro.
- **Saúde:** reflete a adaptação da pessoa na interação com o ambiente em permanente mudança. Constituindo, assim, *“um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada”* (p.16).
- **Enfermagem:** o objetivo da Enfermagem incide na *“promoção da adaptação em cada um dos quatro modos, contribuindo, através disso, para a saúde, qualidade de vida e morte da pessoa com dignidade”* (p. 34). A avaliação do comportamento e dos estímulos que influenciam a adaptação da pessoa permite ao Enfermeiro promover respostas adaptativas em situações de especial complexidade potenciando a interação da pessoa com o ambiente.

Como supramencionado, segundo Roy e Andrews (2001), os mecanismos de resistência interferem no nível de adaptação da pessoa ao ambiente que a envolve. Enquanto o subsistema regulador respeita a um mecanismo de resistência inato, o subsistema cognitivo prende-se com aspetos adquiridos. Neste caso fruto da aprendizagem, informação percetiva, emoção e avaliação.

Os comportamentos que resultam dos mecanismos de resistência podem ser observados em quatro modos adaptáveis interligados. O modo fisiológico incide na resposta física da pessoa aos estímulos do ambiente, identificando-se cinco necessidades básicas associadas à integridade fisiológica, como a oxigenação; nutrição; eliminação; atividade e repouso; e proteção. Por outro lado, a integridade psíquica enquadra-se no modo autoconceito. O modo de desempenho do papel foca a integridade social inerente aos papéis que a pessoa assume na sociedade, estando inerentes comportamentos instrumentais e comportamentos expressivos. Como por exemplo, no papel parental a satisfação das necessidades básicas da Criança respeita a comportamentos instrumentais enquanto abraçá-la no colo incide em comportamentos expressivos. Por fim, o modo de interdependência considera a adequação emocional associada à interação e partilha entre as pessoas. Neste âmbito importa compreender pessoas significativas ou sistemas de apoio que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência da pessoa recetora de cuidados de Enfermagem (Roy & Andrews, 2001).

2.3.2. Filosofia de Cuidados Centrados na Família

A Filosofia de Cuidados Centrados na Família aplicada à Enfermagem pediátrica, constitui uma abordagem holística baseada no respeito e cooperação com a Família da Criança, colocando-a no centro do sistema de prestação de cuidados de saúde, em vez da Instituição e dos profissionais de saúde (Hockenberry & Wilson, 2011). Estes devem, por sua vez, assumir o compromisso de reconhecer, respeitar, valorizar e encorajar as forças e capacidades da Família (Hockenberry & Wilson, 2011).

O conceito de cuidados centrados na Família tem evoluído ao longo dos tempos, destacando-se a perspetiva de Smith, Coleman e Bradshaw (2006), que o definem como *"the professional support of the child and family through a process of involvement, participation, and partnership, underpinned by empowerment and negotiation"* (p.78). Esta definição integra diferentes dimensões dos cuidados centrados na Família - o envolvimento, a participação e a parceria - alicerçadas no processo de negociação, através da qual os enfermeiros discutem com a Família o plano de cuidados da Criança e o nível de cuidados em que desejam ser

responsáveis (Casey, 1993). Outro aspeto importante consiste na sua capacitação, através da criação de oportunidades para que a Família fortaleça e/ou desenvolva competências necessárias para uma tomada de decisão informada e para a gestão proficiente nos cuidados à Criança (Hockenberry & Wilson, 2011).

Hutcthfield (1999) defende o envolvimento da família nos cuidados, a participação parental e a parceria de cuidados, numa ótica dos Cuidados Centrados na Família. Segundo este autor, o envolvimento da Família nos cuidados à Criança hospitalizada implica o reconhecimento da Família, por parte do Enfermeiro, como uma constante na vida da Criança e o respeito pelos conhecimentos que esta possui acerca da mesma. Este processo é liderado pelos enfermeiros que dão primazia a que os pais assumam alguns cuidados parentais e o apoio emocional à Criança. Relativamente à participação da Família nos cuidados de Enfermagem, o relacionamento entre os enfermeiros e a mesma tende a ser mais aberto e de natureza colaborativa, em que a participação da Família ocorre mediante um processo de negociação, com partilha de alguns conhecimentos, valorização das capacidades e das forças para cuidar da Criança, continuando os enfermeiros a liderar o processo de decisão.

A parceria de cuidados, por sua vez, pressupõe a convicção de que os pais são peritos nos cuidados à Criança. Exigindo um equilíbrio de poderes entre enfermeiros e Família, permanecendo o poder de decisão máxima na alçada dos pais e sendo os enfermeiros essencialmente conselheiros, mediante uma relação em que se dá voz à Família através de uma comunicação onde predomina a partilha adequada de conhecimentos e informações (Casey, 1993).

2.3.3. Intervenção de Enfermagem na preparação do regresso a casa

Complementando os subcapítulos anteriores, importa enfatizar o Cuidar de Enfermagem enquanto *“prática que se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento”* (Basto, 2009, p. 12).

Na procura pela excelência do Cuidar, o Enfermeiro deve considerar que a DRC na infância, enquanto situação de especial complexidade, influencia a qualidade de vida

da Criança e Família podendo surgir respostas inadequativas aos níveis fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência (Roy & Andrews, 2001; Lima *et al*, 2013). Na ótica de Martins e Pires (2001), importa, ainda, salientar que *“o nível de adaptação da criança, é um indicador da forma como os seus pais se adaptam”* (Charepe, 2004, p. 8).

Perante a multiplicidade de estímulos que podem interferir na adaptação da Criança e Família à situação de saúde importa atender de forma individualizada aos mesmos. De acordo com a evidência científica, perante a Criança em diálise peritoneal, os membros da Família deparam-se com uma diversidade de estímulos tais como as hospitalizações frequentes, a complexidade do esquema terapêutico, o dispositivo tecnológico no domicílio, as restrições na dinâmica familiar, o conhecimento que detêm sobre a doença e o seu prognóstico (Castro & Piccinini, 2002; Barros, 2003; Charepe, 2004; Tong, Lowe, Sainsbury & Craig, 2010). À luz do Modelo proposto por Callista Roy, referido anteriormente, o Enfermeiro deve atender ao facto do dispositivo tecnológico que permite realizar diálise peritoneal poder constituir um estímulo focal para um cliente e um estímulo contextual para outro. Por outro lado, o mesmo estímulo pode influenciar de diferente modo em diferentes situações uma vez que a Criança e Família estão em constante interação com o ambiente.

Posteriormente à avaliação do comportamento e dos estímulos adjacentes ao ambiente que envolve a Criança e Família, o Enfermeiro tem uma intervenção crucial ao nível do mecanismo de resistência cognitivo, através de um processo de ensino, instrução e treino¹, para promover respostas adaptativas eficazes (Roy & Andrews, 2001). Esta intervenção, no âmbito da preparação do regresso a casa, advém da necessidade de continuidade de cuidados complexos no domicílio e, conseqüentemente, da promoção de competências parentais inerente ao conhecimento e habilidade no cuidado à Criança em diálise peritoneal. Segundo Le Boterf (1995) ser competente envolve o saber mobilizar, o saber integrar e o saber transferir indo além dos conhecimentos e habilidades adquiridas que permitem a tomada de decisão.

¹ Ensino: “forma de informar de forma sistematizada sobre um tema”; Instrução: “forma de ensinar, dando informação sistemática sobre como fazer”; Treino: “forma de instruir para desenvolver competências” (CIPE2 - OE, 2010).

A promoção das competências parentais, visando a promoção e proteção da saúde e a prevenção da doença da Criança, torna-se pertinente uma vez que a Família constitui um contexto promotor de vida saudável (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012). O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) reforça, também, a importância da Família no crescimento e desenvolvimento da Criança com doença crónica, defendendo a capacitação dos pais, enquanto principais cuidadores, e a motivação dos mesmos. O mesmo documento (DGS, 2013) realça, ainda, os cuidados antecipatórios na promoção de saúde e na prevenção de complicações em caso de doença crónica, numa prática de capacitação parental com informação adequada às necessidades e capacidades da Criança e Família.

A par dos documentos anteriores e segundo a Estrutura de Cuidar de Swanson, a capacitação parental, passa pelo treino e aquisição de conhecimentos e habilidades sendo o Enfermeiro responsável por informar, apoiar e orientar, gerar alternativas e facilitar a adaptação (Andershed & Olsson, 2009).

A preparação do regresso a casa, com início no momento da admissão, constitui um processo dinâmico sustentado pelo envolvimento da Família nos cuidados e pela avaliação das suas necessidades e potencialidades para, posteriormente, delinear prioridades e metas de atuação (OE, 2011a). Acrescido a este aspeto, o principal cuidador da Criança deve ser envolvido desde a admissão hospitalar, numa relação de parceria com os profissionais que vise um cuidado individualizado, em ambiente seguro e otimizador do desenvolvimento infantil. Deste modo, a *“preparação da sua autonomia, em relação às exigências diárias, aos cuidados antecipatórios à doença e às estratégias de coping”* constitui uma intervenção primordial do Enfermeiro (Charepe, 2004, p. 8).

Anne Casey (1993) assume que os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos e, perante as necessidades de crescimento e desenvolvimento da Criança, podem ser alvo de suporte e aprendizagem por parte do Enfermeiro visando a sua capacitação para o cuidado à mesma. Para que a parceria no Cuidar seja viável é fundamental que o Enfermeiro respeite a individualidade da Criança e Família, procurando manter a dinâmica familiar e reduzindo a ansiedade de separação vivenciada durante o internamento (Casey, 1993). Deste modo, a Família, enquanto cuidador informal da Criança e agente ativo nos cuidados à mesma, deve ser alvo

de cuidados da equipa multidisciplinar uma vez que se caracteriza por um quadro único de crenças, valores, capacidades, limitações, necessidades, entre outros aspetos como o *status* socioeconómico e a fase de aceitação da doença do seu filho.

Nesta ótica, urge desenvolver no seio da equipa multidisciplinar estratégias que visem a capacitação da Família na preparação do regresso a casa da Criança, tendo em mente as suas reais necessidades; o envolvimento nos cuidados; a partilha de informação; a mobilização de recursos familiares e na Comunidade; e, ainda, a efetiva articulação com outras instituições para garantir a continuidade dos cuidados (Hockenberry & Wilson, 2011). Não obstante, deve atender-se ao facto do modo de adaptação da Pessoa ter uma estreita relação com os seus recursos internos, nomeadamente o conhecimento que detém da doença, as suas potencialidades e a esperança sentida (Roy & Andrews, 2001).

Na sequência da ideia anterior, reconhece-se que a preparação do regresso a casa refletida e planeada em parceria com a Criança e Família, sustentada por uma completa avaliação inicial, é fundamental para capacitar e promover a adaptação das mesmas aos desafios de saúde, numa lógica otimizadora do desenvolvimento infantil e da qualidade vida da díade – Criança e Família (Marinheiro, 2002; Lima *et al.*, 2013).

O Cuidar de Enfermagem neste âmbito privilegia uma metodologia de gestão e prestação de cuidados com base no método de Enfermeiro de Referência como promotora da qualidade dos cuidados e satisfação do cliente (OE, 2011b). De acordo com Costa (2004) e Jesus *et al.* (2005), este método de trabalho visa um cuidado de Enfermagem de elevada qualidade, sendo o Enfermeiro de Referência essencial na preparação do regresso a casa uma vez que tem responsabilidade no planeamento da alta desde a admissão, além da identificação das necessidades do cliente e do envolvimento da Família, e na respetiva articulação de cuidados de modo a garantir a continuidade e qualidade dos mesmos. Na área da saúde da Criança e do Jovem, este método tem pertinência uma vez que espelha a Filosofia de Cuidados Centrados na Família, assente na parceria e negociação de cuidados com os pais, promovendo a sua efetiva participação e o ajuste no desempenho do papel parental (OE, 2011a).

A par da organização de cuidados, no seio da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro Especialista, pelas suas competências científicas, técnicas e humanas, tem uma intervenção privilegiada no acompanhamento e orientação da Família da Criança em diálise peritoneal e na formação de pares com vista à melhoria e continuidade dos cuidados. A intervenção de Enfermagem deve, ainda, promover a articulação e o encaminhamento de cuidados à Criança, para além de proporcionar à Família os conhecimentos necessários para um desempenho orientado para a promoção e proteção dos direitos da Criança, de modo a que eles possam desempenhar o seu papel parental mais naturalmente (Elias *et al.*, 2012).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011b), o EEESCJ, na incessante busca pela excelência do Cuidar, “*presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família*” (p. 3), visando sobretudo a satisfação da Criança; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a adaptação às condições de saúde relacionada com readaptação funcional e a tomada de decisão partilhada e responsável.

3. PERCURSO DE ESTÁGIO: ANÁLISE E REFLEXÃO

Após introduzir e contextualizar a temática que sustenta o percurso de estágio, neste capítulo procedo à análise e reflexão acerca da concretização dos objetivos com base nas atividades desenvolvidas e competências adquiridas em cada um dos contextos de estágio.

Considerando o Parecer n.º 255/2010, o estágio no âmbito dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem tem como alvo de aprendizagem *“cuidados de Enfermagem especializados que constituem uma resposta diferenciada e diferenciadora dos cuidados gerais a situações e problemas de maior complexidade”* (p.2), neste caso na área da Saúde da Criança e do Jovem.

O percurso de estágio incidiu no **desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista que contribuam para a adaptação da Criança e da Família em situações de especial complexidade e com melhoria contínua da qualidade aos vários níveis, científico, humano e técnico, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados no regresso a casa com autonomia, segurança e responsabilidade**. Nesta lógica foram delineados os seguintes objetivos gerais, cuja concretização decorreu em sincronia:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados nas diferentes dimensões do exercício profissional.
2. Desenvolver competências para prestar cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade, na preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e sua Família.

Considerando os objetivos gerais elaborei um documento orientador que sustentou o percurso de estágio, tendo este sido alvo de partilha e discussão com os enfermeiros tutores. Tal documento (Apêndice II) reflete as necessidades de aprendizagem inerentes ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESCJ, sendo o foco de atenção transversal, a preparação do regresso a casa da Criança e Família. Pretendeu-se, ainda, com este percurso compreender a

continuidade dos cuidados e a respetiva articulação entre as Unidades de Saúde. Para tal, o cronograma de estágio teve em consideração as etapas do ciclo de vida e um possível circuito da Criança com DRC (Neonatologia, Cuidados de Saúde Primários, Urgência, Internamento).

Visando uma aprendizagem experiencial², os contextos de estágio foram selecionados tendo em conta um ambiente profissional, com Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) e/ou peritos, que fosse favorecedor do desenvolvimento de competências, comuns e específicas, da capacidade de juízo clínico e da relação interpessoal como defende Alarcão (2001).

De acordo com Serrano, Costa & Costa (2011), ao selecionar os contextos de estágio no âmbito do CMEEESIP tive uma especial atenção ao facto de que *“os profissionais são os actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências”* (p. 16). Não obstante as características dos contextos, enquanto sujeito ativo no processo de aprendizagem, com vontade de alterar cuidados cristalizados, procurei desenvolver uma prestação de cuidados à Criança e Família sustentada em leituras de bibliografia de referência e na reflexão sobre a prática.

Acresce-se ainda que os Enfermeiros tutores, tal como a equipa de Enfermagem dos contextos, constituíram-se como agentes de mudança contribuindo para o meu desempenho ao nível da gestão, prestação e avaliação de cuidados de Enfermagem. Também, as reuniões introdutórias com as Senhoras Enfermeiras Chefes e Enfermeiras tutoras, a consulta de normas e protocolos dos contextos tal como a diversidade dos mesmos contribuíram favoravelmente para o meu percurso de futura EEESCJ, a par da constante pesquisa bibliográfica e dos diários de campo³ desenvolvidos. Fundamentando o percurso de estágio foram realizadas pesquisas em diferentes línguas e em bases de dados, como MEDLINE e CINAHL, com as seguintes palavras-chave, simples e em combinação: criança; recém-nascido; doença crónica; doença renal crónica; necessidades especiais;

² “(...) processo transformador da experiência no decorrer do qual se dá a construção de um saber, processo que compreende 4 fases: experiência concreta; observação e reflexão; formação de conceitos abstratos e generalizações e experimentação ativa das implicações dos conceitos em novas situações” (Kolb, 1984 citado por Alarcão, 2001, p. 56).

³ Diário de campo como um *“relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo”* (Bogdan & Biklen, 1994, p. 150).

dependência de tecnologia; cuidados no domicílio; adaptação parental; regresso a casa.

Em seguida, procedo à análise e reflexão das atividades desenvolvidas em cada contexto, tendo sido estes locais de particular reflexão e partilha de saberes.

3.1. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

A experiência no serviço de **Neonatologia** (Apêndice III) de um Hospital de Lisboa, deu início ao percurso de estágio na busca pelo desenvolvimento de competências de EEESCJ. Este momento de estágio decorreu entre 7 de outubro e 1 de novembro de 2013.

Este contexto, pelo programa implementado de preparação da alta do Recém-nascido (RN) aliado ao método de trabalho por Enfermeiro de Referência e às situações de especial complexidade que exigem cuidados de Enfermagem diferenciados, constituiu um local privilegiado de aprendizagem e impulsionador do desenvolvimento de competências de EEESCJ.

De modo a concretizar os objetivos gerais e a aquisição de competências foram delineados os seguintes objetivos específicos:

3.1.1. Objetivo I: Participar nos cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido e Família, otimizando a adaptação parental.

A prestação de cuidados visou a preparação do regresso a casa desde a admissão com a participação progressiva dos pais nos cuidados, atendendo às suas necessidades, potencialidades e situação clínica do RN. No decorrer da prática pude constatar que as necessidades referidas pontualmente pelos pais dos recém-nascidos hospitalizados vão de encontro à evidência científica. Como por exemplo ao nível do autoconceito foram notórios sentimentos de insegurança, medo e ansiedade, já ao nível da interdependência os pais manifestaram frequentemente a importância do apoio da família alargada, tal como referem os autores Sousa *et al.* (2008) e Borck e Santos (2012). Aliado a respostas inadaptativas ao nível do

autoconceito e do desempenho do papel, sobretudo quando o casal tinha mais filhos, foi notório um desajuste no modo fisiológico associado ao défice alimentar e de repouso. A percepção destes aspetos foi determinante para, na minha prática de cuidados, otimizar a adaptação parental ao nascimento de um filho prematuro. Tal inquietação na prática foi reforçada positivamente quando os pais verbalizavam satisfação com o cuidado de Enfermagem prestado.

No acolhimento, sobretudo, apercebi-me que estes sentimentos se intensificam, sendo exacerbados pelo facto do RN ser separado fisicamente da mãe. Pelo que procurei orientar a família, normalmente o pai numa fase inicial, face ao aspeto físico do RN e meio envolvente proporcionando, ainda, o acompanhamento durante a primeira visita tal como defende Sousa *et al.* (2008). Numa fase à *posteriori*, perante o ambiente hostil, o aspeto físico do RN e a restritiva interação pais-filho, pude constatar que o cuidado de Enfermagem no momento do acolhimento foi determinante para a satisfação dos pais, nomeadamente pela existência de um Enfermeiro de Referência

Na sequência da avaliação inicial e tendo em conta as necessidades evidenciadas pelos pais no decorrer do internamento, prestei cuidados de Enfermagem incidindo no ensino, instrução e treino dos pais face aos cuidados ao RN. Neste âmbito, desde a conceção à avaliação dos cuidados prestados tive como em conta, entre outra bibliografia, as temáticas relativas aos cuidados antecipatórios no PNSIJ (DGS, 2013) e a Escala de Intensidade das Competências Maternas Auto-percebidas (Marques & Sá, 2004). Esta última, apesar de não ter sido aplicada na sua essência, foi crucial no processo de ensino, instrução e treino dos pais uma vez que me orientou na observação e avaliação de indicadores determinantes da competência parental nos cuidados ao seu filho, determinando a posterior intervenção.

No que respeita à preparação da Família no regresso a casa, procurei promover a vinculação e incentivar a participação progressiva nos cuidados ao RN incidindo nos cuidados básicos de alimentação e higiene com supervisão dos mesmos. De acordo com Sousa *et al.* (2008), apesar das orientações dos profissionais, as mães no momento da alta revelam dificuldade em alguns cuidados específicos como o banho em parte por influência de estímulos como a ansiedade; experiências anteriores de doença; cultura e motivação. Neste sentido, como já mencionei, com base na Escala de Intensidade de Competências Maternas Auto-percebidas (Marques & Sá, 2004),

observei os pais na realização de cuidados parentais ao RN de modo a validar os seus conhecimentos e habilidades no âmbito da preparação do regresso a casa, sendo satisfatória a avaliação dos mesmos.

Reconheço, ainda, que a prestação de cuidados ao RN sustentada pelo *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP] (Als, 2009 citado por Santos, 2011), me permitiu desenvolver um Cuidar promotor do desenvolvimento do RN, facto consolidado pela observação atenta do comportamento do RN e do ambiente que o rodeia. A par dos cuidados associados a respostas adaptativas ao nível fisiológico, como a alimentação, a higiene, o posicionamento, fui também desenvolvendo uma intervenção continuada ao nível da minimização de estímulos ambientais hostis ao RN, entenda-se luminosidade e ruídos, com a colaboração dos enfermeiros da Unidade. No âmbito da promoção do desenvolvimento e da vinculação pais-bebé, procurei elogiar o seu envolvimento nos cuidados e reforçar positivamente as potencialidades do RN incitando a motivação e a esperança da Família numa ótica de otimização da adaptação parental.

Considerando as características do RN prematuro, a tecnologia utilizada e a restrita interação pais-bebé, procurei intervir ao nível da promoção da vinculação, uma vez que, segundo alguns autores (Barros, 2001; Saunders, Abraham, Crosby, Thomas & Edwards, 2003; Marques & Sá, 2004; Santos, 2011), o ambiente hostil de um serviço de Neonatologia pode ter repercussões ao nível do desenvolvimento infantil e da adaptação dos pais em termos de perceção e função do papel parental. A promoção da vinculação decorreu com base no NIDCAP, proporcionando o contacto pele-a-pele sempre que possível e a participação efetiva dos pais nos cuidados tal como preconiza Santos (2011). Inerente a esta prática está, ainda, a promoção do aleitamento materno.

A Semana Mundial do Aleitamento Materno decorreu de 7 a 13 de outubro e, estando o contexto de estágio integrado na Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, procedi à sua divulgação junto dos profissionais e dos pais, disponibilizando exemplares do atual Manual de Aleitamento Materno gentilmente cedidos pelo Comité Português para a UNICEF. Considero que a sensibilização desenvolvida, através de informação documentada por entidades competentes, integra o percurso de aquisição de competências comuns e específicas, nomeadamente pela promoção da amamentação inerente ao processo de vinculação e pela mobilização de

recursos que otimizem a qualidade dos cuidados. Permitindo-me exercer um papel dinamizador na equipa multidisciplinar como preconizam os Regulamento n.º 122 e n.º 123/2011.

A mobilização dos princípios da Filosofia de Cuidados Centrados na Família e do método de trabalho por Enfermeiro de Referência, que orienta a prática da equipa de Enfermagem do contexto, foram facilitadores na prestação de cuidados e na compreensão da Pessoa alvo de cuidados como um sistema adaptativo em constante interação com o ambiente. Uma vez que, como vimos no capítulo anterior, a Filosofia de Cuidados Centrados na Família, pertinente face aos desafios de Enfermagem Pediátrica atuais, valoriza os aspetos comunicacionais e a autonomia da Família no sentido em que visa a partilha de informação para uma tomada de decisão informada, o envolvimento e a capacitação parental para o cuidado à Criança, sendo fundamental a supervisão do Enfermeiro (Hutchfield, 1999; Hockenberry & Wilson, 2011; OE, 2011b).

Associado ao facto do RN prematuro ter um risco aumentado de comprometimento de saúde (Couto & Praça, 2009), no âmbito de um programa de preparação do regresso a casa, o serviço de Neonatologia desenvolve visitas domiciliárias pós-alta inseridas no projeto da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) com base num protocolo com a Fundação do Gil desde 2009. A par desta atividade é notório o esforço da equipa de Enfermagem face à articulação com os cuidados de saúde primários seja por telefone ou por carta.

De modo a assegurar a continuidade de cuidados ao RN na Comunidade foi-me possível, conjuntamente com a Enfermeira tutora e a Enfermeira de Família⁴, e após consentimento da Família do RN, planear, executar e avaliar uma visita domiciliária. Considero que esta atividade espelha a articulação de cuidados tão desejada entre as Unidades de Saúde, pelo que a experiência constituiu uma mais-valia no meu desenvolvimento profissional e na garantia da continuidade de cuidados ao RN e sua Família associada à comunicação efetiva entre todos os intervenientes, entenda-se Família e profissionais de saúde nos diferentes níveis de prevenção. Inerente à continuidade de cuidados, a validação de competências parentais, tal como na observação do RN e deteção de situações de risco passíveis de

⁴ Enfermeira de Família do RN e sua Família, integrada na equipa de cuidados de saúde primários.

intervenção, foram aspetos focados na visita domiciliária como defendem Couto e Praça (2009).

Durante o período de internamento do RN e Família visitados abordei, individualmente e conjuntamente com a equipa de Enfermagem nas sessões de grupo, aspetos relativos às características de um ambiente seguro no domicílio. No entanto, pude constatar na visita domiciliária um desajuste sobretudo ao nível da segurança do RN e da alimentação. Tal constatação permite-me reconhecer a importância da visita domiciliária prévia à alta com o intuito de obter um conhecimento mais profundo do ambiente que rodeia o RN e, posteriormente, intervir em parceria com a Família na adequação das condições habitacionais tal como defende Sousa *et al.* (2008). Por outro lado, no contacto com a Família durante a visita, pude perceber que a preparação do regresso a casa, desde a admissão e sustentada pela parceria de cuidados com a Família, tem impacto positivo na transição para o domicílio minimizando sentimentos ambíguos de felicidade e insegurança.

A relação de confiança que estabeleci com os pais durante o internamento foi fundamental para o sucesso da visita domiciliária, tal como Klass (1997) menciona “*a relação entre os pais e a visitadora domiciliária constitui a essência de qualquer programa de visitas domiciliária*” (p. 381), sendo determinante na validação das competências parentais inerentes à continuidade dos cuidados ao RN. No planeamento, execução e avaliação da visita domiciliária foi notória a satisfação dos enfermeiros e da Família face ao método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência, associada à longitudinalidade do vínculo e especial preocupação com a humanização dos cuidados.

O Cuidar de Enfermagem ao RN e Família quer na preparação do regresso a casa quer na visita domiciliária pós-alta contribuíram, no meu entender, para a continuidade dos cuidados ao RN no domicílio com qualidade. Não obstante, também a participação nas passagens de turno foi crucial de modo a partilhar informação pertinente e a “*assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*” (alínea d) do artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro, Lei n.º 111/2009). A referir ainda que a tomada de decisão com base num juízo clínico fundamentado, quer por documentos normativos da profissão quer pela prática baseada na evidência, foi determinante na

gestão e prestação de cuidados de modo a criar oportunidades de interação positiva pais-bebe e a promover o crescimento e desenvolvimento do RN.

A aquisição e aprofundamento de conhecimentos fundamentais à prestação e supervisão de “(...) *cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança*(...)” (E3, Regulamento n.º123/2011) constitui um marco no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, uma vez que procurei desenvolver uma “(...) *praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” (D2, Regulamento n.º122/2011).

3.1.2. Objetivo II: Colaborar na adaptação do papel parental aos desafios em saúde, no âmbito da preparação do regresso a casa.

O presente objetivo surge na sequência do anterior em que, de modo a garantir a continuidade dos cuidados parentais ao RN e o seu pleno crescimento e desenvolvimento, prestei cuidados ao RN e Família com base na promoção da vinculação pais-RN e do desenvolvimento de competências parentais. Ou seja, enquanto anteriormente desenvolvi uma prestação de cuidados individualizada de modo a suprimir as necessidades do RN e da Família paralelamente à mobilização da metodologia por Enfermeiro de Referência no seio de uma equipa multidisciplinar, a promoção da adaptação parental adquire agora um enfoque especial. À luz da evidência científica (Couto & Praça, 2009) reconheço, ainda, que promover previamente o contacto precoce, o envolvimento nos cuidados e valorizar as competências, quer parentais quer do RN, foram determinantes para intervir ao nível da adaptação parental.

Considerando que o regresso a casa do RN prematuro constitui uma situação de especial complexidade para o Sistema de Saúde, profissionais e Família (Couto & Praça, 2009), na prática de cuidados dei primazia à promoção de respostas adaptativas da Família no cuidado ao seu filho. Neste sentido, foi com satisfação que recebi *feedback* por parte dos pais, previamente à alta, revelando que se sentiam preparados para assumir a responsabilidade nos cuidados ao seu filho com autonomia e segurança, decorrente da preparação do regresso a casa desde a admissão hospitalar.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) (DGS, 2012) e o PNSIJ (DGS, 2013), a intervenção ao nível da capacitação parental constitui um fator-chave na promoção da saúde da Criança, “(...) nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013, p.5). Neste sentido, o efetivo planeamento da alta “(...) diminui a ansiedade, aumenta as competências maternas e as estratégias de coping (...)”, aspetos essenciais na adaptação favorável ao papel parental e aos cuidados ao RN (Mancini & While, 2001 citado por Marques & Sá, 2004, p.34).

Concomitantemente à promoção da vinculação e do desenvolvimento do RN, na prestação de cuidados investi, especialmente, no ensino, instrução e treino da Família nos cuidados ao RN e na resolução de complicações, de modo a promover a aquisição de conhecimentos e habilidades e a minimizar a ansiedade da Família tal como mencionam alguns autores (Marques & Sá, 2004; Sousa *et al.*, 2008; Couto & Praça, 2009).

Em termos de preparação da alta e indo de encontro ao desenvolvimento de competências ao nível da gestão de cuidados optimizadora da qualidade e segurança e ao nível da prestação de cuidados específicos ao RN e Família que vise a satisfação das suas necessidades, o desenvolvimento e a maximização da saúde, foram desenvolvidas algumas atividades como preconizado pelos Regulamentos n.º 122 e n.º 123 de 2011. Entre as quais, intervenções que tivessem como foco a promoção da vinculação pais-RN; o processo de ensino, instrução e treino dos pais face aos cuidados ao RN; e a promoção da continuidade de cuidados mobilizando recursos, familiares ou na Comunidade tal como preconiza Couto e Praça (2009).

A equipa de Enfermagem do serviço de Neonatologia realiza mensalmente sessões de grupo de pais inseridas no programa de preparação da alta do RN, tendo como base o Guia de Boa Prática⁵ implementado. Apesar dos resultados positivos face à avaliação das sessões anteriores, pude constatar na prática de cuidados que os pais dos RN sentem necessidade de suporte escrito face aos temas abordados quer

⁵ Guia de Boa prática desenvolvido pela equipa de Enfermagem e implementado na Unidade. Foca algumas ideias-chave, face aos cuidados ao RN, a mencionar no processo de ensino, instrução e treino da Família.

individualmente quer nas sessões em grupo. Esta constatação vai de encontro à evidência científica, como por exemplo, Couto e Praça (2009) defendem que um guia com informação escrita e ilustrações relativa às necessidades básicas do RN e com referência a recursos na Comunidade constitui uma ferramenta securizante para a Família na transição hospital-domicílio.

Perante esta constatação, desenvolvi, em colaboração com a equipa de Enfermagem, um Guia Orientador Para os Pais (Apêndice IV), visando a promoção da adaptação parental que garanta a continuidade de cuidados à Criança e a promoção do seu desenvolvimento num ambiente seguro. Dando ênfase à importância da vigilância de saúde nos cuidados de saúde primários. Ao elaborar o Guia tive, ainda, em conta algo que percecionei na prestação de cuidados e que vai de encontro às recomendação de alguns autores, isto é, os pais do RN prematuro manifestam necessidade em aceder a fontes de informação sobre os cuidados e competências do seu filho (Barros & Botelho, 2008; Couto & Praça, 2009; Santos, Alves & Apolinário, 2010). Ao elaborar o Guia atrás referido procedi, ainda, à seleção de alguns recursos na Comunidade, com os respetivos contactos, para que os pais possam mobilizar caso sintam essa necessidade.

Na elaboração do Guia Orientador para os Pais mobilizei o Guia de Boa Prática da Unidade, tal como algumas dificuldades verbalizadas pontualmente pelos pais. Não obstante, a pesquisa bibliográfica constitui um forte contributo. Por exemplo, de acordo com o estudo de Barros e Botelho (2008), os pais mencionam dificuldades na prestação de cuidados ao RN, principalmente, ao nível da higiene, amamentação, alívio das cólicas e despiste de situações de risco como as infeções. Este Guia aborda, também, as temáticas inerentes aos cuidados antecipatórios no primeiro mês de vida da Criança visando o desenvolvimento de capacidades cognitivas e motoras, inerentes ao mecanismo de resistência cognitivo essencial à adaptação favorável nos quatro modos propostos por Callista Roy (Roy & Andrews, 2001; Marques & Sá, 2004; DGS, 2013).

Este documento foi implementado ainda no período de estágio. Estando, atualmente, em vigor no serviço sendo disponibilizado a todos os pais dos RN internados.

Por último, saliento que a preparação do regresso a casa num contexto de Neonatologia constitui uma situação de especial complexidade, uma vez que garantir e assegurar a continuidade de cuidados adequados no domicílio ao RN passa por reconhecer nos pais a capacidade de adaptação e de reajuste das suas funções, como a capacidade de interiorização e processamento de novas e variadas informações relativamente ao seu filho (Marques & Sá, 2004; Santos *et al.*, 2010). Sendo que a realização destas atividades e concretização dos objetivos só foi possível devido ao facto da sistematização da preparação do regresso a casa do RN, com situação de saúde de especial complexidade, e Família constituir uma prioridade do contexto.

3.2. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A experiência de estágio no âmbito do desenvolvimento de competências de EEESCJ ao nível dos cuidados de saúde primários decorreu numa **Unidade de Saúde Familiar (USF)** (Apêndice V), inserida na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, entre 4 e 29 de novembro de 2013.

Na USF o Programa de Saúde Infantil, coordenado por uma EESIP, cumpre as diretrizes do PNSIJ (DGS, 2013) e um Manual de Boas Práticas da Consulta de Enfermagem desenvolvido pela equipa de Enfermagem. Paralelamente à intervenção de EESIP na USF, esta Enfermeira desenvolve na Comunidade um programa que visa uma intervenção promotora da saúde mental na infância relacionada com o aumento significativo de crianças com alteração do comportamento e famílias, com diagnóstico de “papel parental não adequado”, inscritas nesta Unidade de saúde. Relativamente aos registos de Enfermagem, a equipa tem disponível o sistema de apoio à prática de Enfermagem (SAPE) e o sistema de informação de unidades de saúde (SINUS), sendo notória a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Tendo subjacente a minha experiência de Cuidar crianças doentes e suas famílias, neste contexto delineei objetivos e atividades que permitissem desenvolver competências de futura EEESCJ na vertente da promoção de saúde.

3.2.1. Objetivo I: Avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil.

A concretização deste objetivo surge na medida em que procurei prestar cuidados de Enfermagem de acordo com as necessidades de crescimento e desenvolvimento da Criança, tal como o Regulamento n.º 123/2011 preconiza.

A realização de consultas de saúde infantil foi determinante no desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, permitindo um aprofundar de conhecimentos quer ao nível dos cuidados antecipatórios quer ao nível do desenvolvimento motor e emocional da Criança. Sendo a avaliação do desenvolvimento infantil uma lacuna na minha prática de Cuidar, este momento de aprendizagem foi uma mais-valia quer para o meu desenvolvimento profissional quer para o meu contexto profissional, onde predominam as situações de crianças com doença renal crónica e, consequente, atraso de crescimento e desenvolvimento (Hsu *et al.*, 1982).

Ir de encontro às necessidades da Criança e Família concomitantemente com a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e com a transmissão de orientações antecipatórias, tal como preconiza o PNSIJ (DGS, 2013), foi um percurso que foi sendo construído progressivamente. Tendo sido fundamental mobilizar competências comunicacionais e estabelecer uma relação terapêutica com a Família para, assim, envolver a mesma nas atividades promotoras do desenvolvimento da Criança. Considero, ainda, que foi facilitador da minha aprendizagem o registo informático da prática de Enfermagem e o facto de a USF dispor do material, sugerido pelo PNSIJ (DGS, 2013), inerente à aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada.

Reconheço que a avaliação do desenvolvimento infantil, sob uma prática baseada na evidência e em critérios padronizados, foi determinante para a compreensão com maior profundidade das capacidades e competências da Criança, possibilitando a identificação de crianças em risco de atraso de desenvolvimento e, também, a determinação de orientações antecipatórias e estratégias promotoras do mesmo envolvendo a Família numa abordagem holística.

Na realização de consultas de saúde infantil, procurei utilizar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil como instrumento de transmissão de informação aos pais e restantes profissionais.

Nas consultas de vigilância de saúde pude identificar, com alguma consternação, várias situações de inexistentes registos de Enfermagem no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil mesmo quando existiu um episódio de internamento hospitalar. Têm sido vários os artigos de opinião, como Santos, Quintas, Cunha & Silva (1992), relativos a este assunto, no entanto, ainda não se verifica uma utilização eficiente do boletim como recurso à partilha de informação essencial à saúde da Criança e à continuidade de cuidados. Fruto da minha experiência profissional, considero que perante uma Criança com doença crónica dependente de tecnologia, uma utilização adequada e eficiente do boletim pode interferir favoravelmente na qualidade dos cuidados prestados, na diminuição da ansiedade das crianças e famílias relativamente à continuidade dos cuidados e na melhoria da articulação entre os vários serviços de saúde, espelhando alguns estímulos influenciadores da adaptação aos desafios de saúde.

Ainda, no âmbito da prestação de *“cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (...)”* (E2, Regulamento n.º 123/2011), foram realizadas atividades de vacinação e de diagnóstico precoce em que tive oportunidade de aplicar *“conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor”* (E2.2, Regulamento n.º 123/2011).

Tal como o PNSIJ (DGS, 2013) prevê, a USF após rececionar a notícia de nascimento de um RN estabelece contacto com a Família de modo a programar uma visita domiciliária. A par da experiência anterior num serviço de Neonatologia, o planeamento, execução e avaliação de visita domiciliária, neste âmbito, permitiu-me desenvolver competências de avaliação, ao nível físico e de desenvolvimento, do RN e do contexto sociofamiliar em que se insere. Tal atividade permitiu, ainda, a validação de algumas competências parentais no que respeita ao cuidado ao RN e à promoção de uma vinculação segura. De notar, que apesar dos esforços das equipas hospitalares em termos de preparação do regresso a casa, as dificuldades relacionadas com a adequação do papel parental e os cuidados parentais ao RN, nomeadamente na amamentação e no alívio de cólicas, mantêm-se no domicílio

sendo fulcral este acompanhamento pelos cuidados de saúde primários (Barros & Botelho, 2008; Santos *et al.*, 2010).

Por fim, saliento que a realização de consultas de vigilância de saúde infantil me permitiu o treino na avaliação do crescimento e desenvolvimento da Criança mas, também, na ótica da adaptação parental, excelentes oportunidades de partilha de informações e orientações promotoras da saúde da Criança.

3.2.2. Objetivo II: Desenvolver intervenções de Enfermagem, ao nível avançado, junto da Criança e Família que visem a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Em simultâneo com a concretização do objetivo anterior, este surge da incessante procura de oportunidades para promover a adoção de comportamentos potenciadores da saúde infantil através da capacitação da Família, tal como preconizam documentos que norteiam a prática de cuidados do EEESCJ (OE, 2011; Regulamento n.º 123/2011).

Indo ao encontro do desenvolvimento de competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Regulamento n.º 122/2011) e nos domínios específicos do EEESCJ (Regulamento n.º 123/2011), procedi à identificação de crianças com diagnóstico de não adesão à imunização infantil e à sensibilização das famílias. Esta atividade permitiu constatar que 13%⁶ das crianças inscritas sob responsabilidade da Enfermeira tutora, de acordo com os registos no SAPE e SINUS, apresentavam lacunas na adesão ao Plano Nacional de Vacinação, com maior relevo nas faixas etárias 5-6 anos e 10-13 anos.

Ao contactar as famílias foi possível verificar, principalmente, dois aspetos. Por um lado, 59% dessas crianças tinham a imunização atualizada segundo o Plano Nacional de Vacinação, no entanto, existiam falhas no registo quer no SAPE e SINUS quer na Plataforma – Registo Centralizado de Vacinas desenvolvida pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Associado a este facto, apurou-se o crescente recurso das famílias a instituições hospitalares privadas na vigilância de saúde e imunização infantil, não existindo uma efetiva

⁶ Dados relativos a 42 das 301 crianças inscritas na USF sob responsabilidade da Enfermeira tutora.

articulação de cuidados. Por outro lado, as restantes crianças apresentavam lacunas no boletim, pelo que se procedeu à sensibilização das famílias e, consequente, convocatória para imunização infantil segundo o Plano Nacional de Vacinação. Perante estes dados, considero que, a longo prazo, seria pertinente desenvolver uma intervenção junto das famílias de modo a compreender os estímulos influenciadores da não adesão à imunização infantil e, por outro lado, junto das instituições privadas no sentido de sensibilizar para a articulação com os cuidados de saúde primários.

De acordo com o PNS (DGS, 2012), a Família, enquanto micro-sistema, constitui um contexto promotor de saúde sendo pertinente a capacitação da mesma nos cuidados à Criança e a promoção das relações parentais. Neste sentido e de modo a desenvolver competências específicas do EEESCJ (Regulamento n.º 123/2011), colaborei num projeto institucional inserido no Programa de Saúde Infantil da USF e resultante de um diagnóstico de situação prévio ao estágio realizado pela EESIP. Este diagnóstico de situação tem adjacente uma necessidade de intervenção precoce nas famílias face ao aumento significativo de problemas identificados por “papel parental não adequado” no SAPE.

Este projeto (Apêndice VI), intitulado “Promover a Parentalidade Positiva: a Criança dos 0 aos 36 meses”, prevê o desenvolvimento de medidas de suporte que fortaleçam as competências parentais com vista ao pleno desenvolvimento infantil em situações de especial complexidade. Aliado ao facto de ao exercício adequado do papel parental estar inerente o Superior Interesse da Criança e a promoção da saúde ao nível da partilha de informação e do reforço das competências e habilidades indutoras de uma vida saudável (International Conference on Health Promotion, 1986).

À luz do Modelo de Adaptação de Roy, arrisco perspetivar a parentalidade como uma adaptação dos pais ao novo papel, condicionada, em certa medida, por estímulos como o conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento infantil. Desta forma, o objetivo dos cuidados de Enfermagem incide na promoção da adaptação nos quatro modos adaptativos, de modo a atingir “*a integridade fisiologia, psicologia e social*” (Phillips, 2004, p.310) da Criança e Família. Assumindo assim o processo de ensino, instrução e treino um papel fundamental, alicerçado à prática sustentada

pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família. Não descurando a promoção da vinculação pais-filho.

Na execução do projeto e de modo a avaliar os estímulos inerentes ao ambiente que rodeia a Criança e Família foi fulcral mobilizar na avaliação inicial contributos do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (Wright & Leahey, 2009), a escala *Bonding* na autoavaliação do envolvimento emocional pais-bebé (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005) e documentos inerentes às competências parentais no cuidado à Criança (Marques & Sá, 2004; Brazelton, 2009; OE, 2010; DGS, 2013).

Aliada a uma comunicação apropriada ao estadio de desenvolvimento da Criança e à cultura familiar, a criação de um algoritmo de intervenção teve o intuito de contribuir para uma intervenção de Enfermagem focada no controle dos estímulos, preparando a Família, de modo antecipatório, para as constantes mudanças do ambiente através do fortalecimento de mecanismos cognitivos. A referir, ainda, que este projeto, apesar de apresentado à Equipa multidisciplinar no mês de março, ainda não se encontra implementado.

Por fim, importa mencionar que a participação neste projeto, pelo contacto com as reais necessidades das famílias na Comunidade, fez-me repensar o Cuidar na preparação do regresso a casa em ambiente hospitalar. Reconheço que por vezes o foco centralizado nas necessidades da Criança não permite compreender a Família na sua essência sobretudo na sua necessidade de ajuste do papel parental à situação de especial complexidade, principalmente nos casos de doença crónica.

3.2.3. Objetivo III: Compreender a intervenção da Equipa Local de Intervenção Precoce, nos cuidados de saúde primários, no âmbito da maximização da saúde da Criança com doença crónica.

Dando resposta a este objetivo tive oportunidade de participar, numa ótica de observação e partilha de experiencias, na reunião mensal da Equipa Local de Intervenção (ELI), equipa multidisciplinar ao nível social, educacional e de saúde. Este momento, de extrema importância para a compreensão da atuação da equipa junto de crianças com necessidades especiais e suas famílias, permitiu-me a identificação de algumas características das crianças e famílias referenciadas à ELI

e do modo como se processa o seu acompanhamento desde a referenciação até à alta.

Relativamente à intervenção do EEESCJ, inserido na equipa multidisciplinar, foi perceptível que este tem um papel fundamental na adaptação da Família às necessidades de crescimento e desenvolvimento da Criança sendo um eixo crucial junto dos outros profissionais da ELI, da Comunidade e da Família alargada.

A participação na reunião da ELI contribuiu para uma melhor compreensão do modo como se processa a avaliação inicial da Criança e o, posterior, planeamento de estratégias de intervenção junto da mesma e da sua Família visando quer o Superior Interesse da Criança quer o suporte da Família para uma adaptação favorável ao desafio em saúde. Tal como mencionam o Decreto-Lei n.º 281/2009 e o PNSIJ (DGS, 2013), as crianças devem beneficiar de programas de intervenção precoce desenvolvidos pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) em situações de deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento, como nos casos de crianças com doença renal estadio 5 em diálise peritoneal pelo atraso de desenvolvimento associado e pelas especificidades da doença crónica dependente de tecnologia, incluindo a exaustão do principal cuidador (Elias *et al.*, 2012).

3.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O serviço de **Urgência Pediátrica** (Apêndice VII) pelas situações de saúde infantil e juvenil de especial complexidade exige cuidados de Enfermagem diferenciados, sendo este um impulsionador do desenvolvimento de competências de EEESCJ. Este momento de estágio decorreu entre os dias 2 e 19 de dezembro de 2013, sendo os objetivos e atividades delineados com base na temática e nas necessidades formativas fruto do autodiagnóstico.

3.3.1. Objetivo I: Prestar cuidados de Enfermagem à Criança e Família em situações de especial complexidade.

De acordo com Caldeira, Santos, Pontes, Dourado & Rodrigues (2006), a urgência pediátrica constitui *“todo e qualquer acto assistencial não programado”* (p. 2), pelo que a utilização inapropriada deste recurso tem implicações no Serviço Nacional de Saúde. Perante a constatação dos motivos de recurso à urgência pediátrica, não posso deixar de concordar com Caldeira *et al.* (2006) que defendem a facilidade de acesso ao serviço de urgência e a pronta resposta em termos de exames auxiliares de diagnóstico, associada à restrita resposta dos cuidados de saúde primários.

No decorrer desta experiência de estágio pude, ainda, constatar que muitas famílias não recorrem aos cuidados de saúde primários perante a doença do seu filho, demonstrando frequentemente insegurança e défice de conhecimentos, como por exemplo ao nível da avaliação e controlo da febre da Criança. Neste sentido, apreendo que o EEESCJ tem competências para desempenhar um papel impulsionador da educação para a saúde, inclusivamente num serviço de urgência. Orientando, assim, a Família face a recursos da Comunidade e consciencializando-a para a adequada utilização do serviço garantindo a qualidade e a equidade no acesso. Por exemplo, numa ótica da preparação do regresso a casa no contexto de urgência, perante as múltiplas oportunidades de capacitação da Família através de educação para a saúde, procurei elucidar as crianças e famílias sobre recursos de apoio na Comunidade, como a Linha Saúde 24, e concretizei momentos pontuais pautados pela transmissão de orientações e estratégias de carácter antecipatório ao nível da prevenção de acidentes e perante a febre na Criança. A par deste facto, tive também oportunidade de perceber o papel determinante do EEESCJ, inserido numa equipa multidisciplinar, enquanto líder de equipa na gestão de recursos e de conflitos. Constituindo, deste modo, um elo de ligação fundamental entre o cliente e outros elementos da equipa multidisciplinar no serviço de urgência pediátrica.

Na ótica do Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001), o Enfermeiro tem um papel crucial na identificação e compreensão das respostas comportamentais e de estímulos inerentes ao ambiente que rodeia a Criança e Família e que justificam, de algum modo, a utilização inapropriada do serviço de urgência, como por exemplo as suas crenças e conhecimentos sobre saúde infantil. Este passo é, assim,

fundamental para, posteriormente, fortalecer os mecanismos de resistência cognitivos determinantes para a adaptação da Família aos desafios em saúde. Os registos de Enfermagem no sistema informático ALERT®, nas diversas salas do serviço, contemplam de certo modo os aspetos acima descritos, verificando-se uma preocupação dos enfermeiros em garantir a continuidade dos cuidados tal como preconiza o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 111/2009).

Relativamente à prestação de cuidados em contexto de urgência pediátrica, tive oportunidade de prestar cuidados à Criança, em situações de especial complexidade, nas salas de triagem; de tratamentos e de observação.

As experiências mais significativas, na minha aprendizagem, decorreram na sala de triagem. A prestação de cuidados nesta sala proporcionou o desenvolvimento de competências comunicacionais pautadas pela escuta ativa e gestão de conflitos, concomitantemente com a observação do comportamento da Criança e Família. Por sua vez, a minha experiência profissional aliada à mobilização de princípios inerentes à Filosofia de Cuidados Centrados na Família foram facilitadores na identificação de situações de risco para a Criança e, consequente, intervenção. Neste contexto foi, assim, possível *“mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”* (E2.1.1, Regulamento n.º 123/2011).

O protocolo de triagem utilizado no contexto foca-se nas prioridades de atuação com base numa avaliação inicial por parte do Enfermeiro, havendo prioridades definidas como a existência de doença crónica e idade inferior a 6 meses. Foi notório que o Enfermeiro na sala de triagem tem um papel primordial em assegurar cuidados de saúde com qualidade e em tempo útil, isto é, com eficiência e eficácia. Segundo Hockenberry e Wilson (2011), o acolhimento no serviço e as competências de comunicação constituem aspetos fundamentais na diminuição da ansiedade e angústia por parte da Criança e Família, sobretudo em contexto de urgência. Perante crianças com doença crónica, constatei uma valorização do conhecimento e mestria parental, destacando-se uma preocupação em estabelecer medidas de atuação fundamentadas na Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

A prestação de cuidados à Criança e Família na urgência pediátrica esteve, ainda, intrinsecamente relacionada com a mobilização de estratégias não-farmacológicas

de alívio da dor como norteia o Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013).

Dada a rapidez e imprevisibilidade da alta no serviço de urgência, a preparação do regresso a casa exige um planeamento atempado e estruturado desde a admissão, sendo que os registos informatizados constituem uma mais-valia na continuidade dos cuidados na instituição hospitalar. Verificando-se, uma vez mais, uma lacuna na articulação com os cuidados de saúde primários, tive oportunidade de elucidar pontualmente a equipa de Enfermagem sobre os benefícios para a saúde da Criança decorrentes do registo da intervenção de Enfermagem no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Acompanhar a equipa de Enfermagem do serviço de transporte inter-hospitalar pediátrico numa situação de saúde de especial complexidade e de suporte avançado de vida, constituiu uma atividade prevista não realizada, uma vez que não foi possível articular a imprevisibilidade de ocorrência de um transporte com a minha agenda laboral.

3.3.2. Objetivo II: Contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e Família no contexto de urgência pediátrica.

As crianças com DRC em diálise peritoneal perante uma complicação, seja hemodinâmica, mecânica ou infecciosa, recorrem ao serviço de urgência sendo o circuito iniciado na sala de triagem, exceto em situações de emergência. Apesar dos números relativos às admissões destas crianças serem inexistentes, o facto do presente contexto de cuidados estar integrado num Hospital de Lisboa que constitui um centro de referência de nefrologia pediátrica na região Sul justifica a pertinência deste objetivo.

Considerando o Modelo de Adaptação de Roy, nas situações de complicações hemodinâmicas ou infecciosas, o modo adaptativo fisiológico tende a estar alterado, por exemplo ao nível da oxigenação por padrão respiratório ineficaz e do desequilíbrio de fluidos. Neste sentido, é pertinente que o Enfermeiro num momento de avaliação inicial observe o comportamento da Criança e identifique os estímulos

influenciadores da resposta adaptativa, como por exemplo a dor abdominal e a experiência anterior de complicação infecciosa. Ainda, em contexto de urgência torna-se pertinente identificar alterações ao desempenho do papel, como é o caso de complicações psicossociais relacionadas com a exaustão do principal cuidador (Roy & Andrews, 2001; Elias *et al.*, 2012).

A concretização deste objetivo teve início na identificação das necessidades formativas da equipa de Enfermagem face aos cuidados à Criança em diálise peritoneal em situação de urgência. A sessão de formação, subordinada ao título “Conhecer para Intervir: a Criança em diálise peritoneal no serviço de urgência”, decorreu numa passagem de turno abrangendo a equipa de Enfermagem do turno da manhã e do turno da tarde. No entanto, após várias solicitações dos profissionais foram realizadas sensibilizações pontuais a elementos da equipa de Enfermagem que por diversos motivos não puderam comparecer à sessão inicial, sendo de realçar a receptividade e a avaliação positiva da sessão. O relatório relativo à sessão de formação encontra-se disponível no Apêndice VIII. Por fim, a referir que foi disponibilizado o material da sessão tal como a respetiva bibliografia.

Apesar de nenhuma Criança com DRC em diálise peritoneal ter recorrido ao serviço de urgência no período de estágio, reconheço a importância da sessão de formação como potencial contributo na excelência do Cuidar neste contexto. Isto porque, respeitando o direito da Criança e Família ao cuidado de Enfermagem, a equipa sob uma prática baseada na evidência tem o dever de *“coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”* (alínea a) do artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro. Lei n.º 111/2009).

Este estágio, apesar de ter decorrido num curto período de tempo, proporcionou o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESCJ, nomeadamente ao nível da competência *“E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* (Regulamento n.º 123/2011) e ao nível dos domínios da Responsabilidade Ética e Legal e da Melhoria da Qualidade (Regulamento n.º 122/2011). Enquanto futura EEESCJ, na procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reconheço que esta experiência de estágio contribuiu para o desenvolvimento de uma prática que vise a satisfação da Criança e Família e a prevenção de complicações, quer pela tomada de decisão sustentada

por uma prática baseada na evidência quer pelo estabelecimento de uma relação de parceria com a Criança e Família num contexto de urgência (OE, 2011b).

3.4. SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA

O serviço de **Pediatria Médica 5.2.** de um Hospital Pediátrico de Lisboa (Apêndice IX) foi um dos contextos de estágio selecionados na procura pelo desenvolvimento de competências de EEESCJ, com foco na preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal. Este momento de estágio decorreu entre os dias 6 a 17 de janeiro de 2014.

Este contexto foi selecionado por ali se prestarem cuidados diferenciados a crianças com DRC em dialise peritoneal, sendo um centro de referência no âmbito da nefrologia pediátrica de acordo com a Sociedade Portuguesa de Pediatria. Tendo em conta que o presente serviço de pediatria acolhe crianças com doença do foro nefrológico constituiu, em meu entender, um contexto promotor de aprendizagem e de contributos na elaboração do Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família. As atividades foram desenvolvidas com base no seguinte objetivo específico:

3.4.1. Objetivo I: Compreender a complexidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e sua Família, na preparação do regresso a casa.

Sendo esta experiência de curta duração existiu um enfoque especial na partilha de saberes e práticas de cuidados de Enfermagem. A interação com os profissionais foi especialmente rica, uma vez que a equipa de Enfermagem demonstrou uma constante curiosidade face à prática de cuidados no meu contexto profissional, existindo uma reflexão e discussão de experiências de *par-para-par*. A consulta de manuais e protocolos, inerentes à cultura organizacional, também constitui uma mais-valia para a minha prática, tal como a consulta de normas de atuação.

O Enfermeiro, no seu exercício profissional, pela constante interação com a individualidade e vulnerabilidade do Ser Humano e reflexão sobre a prática, numa ótica de prática baseada na evidência, prevê a melhoria dos cuidados e proporciona o seu desenvolvimento pessoal e profissional com especial incidência na “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados*” (alínea 3) do 4º artigo, Decreto-Lei n.º 161/96). Assim, a experiência vivida foi impulsionadora de um aprofundar de conhecimentos, sendo a reflexão sobre a prática um modo de promover uma aprendizagem consciente e crítica que incrementa o próprio saber, como se pode visualizar no Apêndice X.

De acordo com Alarcão (2001), a reflexão constitui o “*motor de desenvolvimento profissional e humano*” (p.54) uma vez que, aliada à conceptualização, confere um carácter formativo à experiência. Neste sentido e visando um percurso de competente a perito, segundo Benner (2001), a aprendizagem reflexiva em contextos reais da prática de Enfermagem constitui uma mais-valia permitindo desenvolver e aprofundar o conhecimento inerente à conceção e gestão de cuidados à Criança com DRC e Família.

Numa fase inicial, de modo a compreender com maior profundidade os aspetos atrás mencionados, reuni com uma Enfermeira⁷ perita na área. Esta reunião permitiu-me a identificação do circuito da Criança e Família no contexto, tal como a intervenção de Enfermagem, no seio de uma abordagem interdisciplinar, durante o internamento e após a alta hospitalar.

Segundo a SPP, em 2012, este centro de referência nacional de nefrologia pediátrica abrangia seis crianças, existindo atualmente, segundo os dados do contexto, quatro crianças com DRC em diálise peritoneal. No período de estágio não existiu nenhuma ocorrência de internamento pelo que não foi possível observar uma situação específica de Cuidar a Criança em diálise peritoneal e Família.

Durante um turno acompanhei uma Criança com DRC na sessão de hemodiálise, observando a intervenção de Enfermagem e interagindo com a Criança de forma a compreender o motivo de ter suspenso a técnica de diálise peritoneal. Esta interação permitiu-me identificar alguns estímulos influenciadores da resposta

⁷ Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria com 20 anos de experiência na área e coordenadora da diálise peritoneal pediátrica no contexto.

inadaptativa ao tratamento, tais como as condições habitacionais e questões culturais. Tive, ainda, oportunidade em constatar que a equipa de Enfermagem tem uma intervenção complexa durante a sessão de hemodiálise quer ao nível técnico quer ao nível relacional, uma vez que o tratamento exige cuidados específicos e uma resolução imediata de complicações para além de uma relação interpessoal centrada na Criança e Família. Foi notório, também, que a sessão de hemodiálise pode constituir um momento oportuno de educação para a saúde, sendo a intervenção interdisciplinar determinante.

Perante o início do tratamento dialítico, a Criança e sua Família transitam da consulta externa para o internamento havendo a nomeação de um Enfermeiro de Referência. A par deste método foi evidente, nos cuidados à Criança com doença crónica, a aplicação prática da Filosofia de Cuidados Centrados na Família, uma vez que a tomada de decisão e gestão de cuidados estava centrada no cliente, promovendo a sua participação e envolvimento em todo o processo.

No âmbito da preparação do regresso a casa, desde o momento da admissão hospitalar da Criança com doença crónica e Família, a equipa de Enfermagem mobiliza o instrumento de avaliação inicial sendo que este documento visa a avaliação de fatores influenciadores da adaptação à situação. O documento vigente no serviço foca aspetos essenciais como as necessidades e potencialidades da díade Criança-Família, tal como a cultura, recursos de suporte, experiências anteriores, avaliação do crescimento e desenvolvimento da Criança. Como vimos no enquadramento teórico, à luz do Modelo de Adaptação de Roy estes aspetos constituem estímulos influenciadores da resposta adaptativa da Criança e Família à situação, ao nível do modo fisiológico, desempenho do papel, interdependência e autoconceito, sendo fundamental a sua permanente avaliação para adequar a intervenção de Enfermagem (Roy & Andrews, 2001).

A consulta do Manual de treino que serve de referência à equipa de Enfermagem na organização do ensino, instrução e treino na diálise peritoneal pediátrica, contribuiu para a minha prática profissional e concretização do objetivo que se segue, uma vez que não existe nada semelhante no meu contexto profissional.

Constatei, ainda, que o facto de os registos de Enfermagem na Instituição serem informatizados, sustentados pela linguagem CIPE, facilita a partilha de informação

na equipa multidisciplinar inerente ao processo da Criança, promovendo a continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos. Conferindo, por sua vez, uma maior visibilidade dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem pela uniformização e partilha de informação tal como defendem Abreu, Almeida, Costa, Santos e Jácome (2011). Sendo este um aspeto indiscutível na excelência da prática de Enfermagem, pretendo transmitir a experiência aos profissionais no meu contexto profissional.

Com esta experiência pude obter, essencialmente, contributos ao nível da organização dos cuidados de Enfermagem, tal como preconiza a OE (2011b), para atingir a excelência no seu exercício profissional. Admitindo, ainda, o desenvolvimento de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 122/2011).

3.5. UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

Apesar dos contextos anteriores terem sido excelentes fontes de aprendizagem, o último momento de estágio debruçou-se sobre a aplicação prática das competências comuns e específicas de EEESCJ, que tenho vindo a desenvolver, perante situações de grande complexidade. A presente Unidade insere-se no serviço de **Pediatria Médica** (Apêndice XI) de um Hospital Central de Lisboa constituindo um dos centros de referência nacional na área da nefrologia e transplantação renal pediátrica. A experiência decorreu entre 21 de janeiro e 14 de fevereiro sob colaboração de uma EESIP.

Nesta Unidade hospitalar referenciada exerço funções, enquanto Enfermeira de cuidados gerais, nos setores de internamento e de ambulatório, incluindo visita domiciliária com o apoio da UMAD.

Tendo em conta a temática principal e o diagnóstico de situação realizado no contexto (Apêndice I), ainda na fase de projeto no âmbito da Especialização em Enfermagem, defini o seguinte objetivo específico:

3.5.1. Objetivo I: Elaborar um Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família, que vise a adaptação e a continuidade de cuidados com segurança e qualidade no domicílio.

Perante o acréscimo do número de crianças com doença crónica ao longo do tempo, incluindo a DRC, assiste-se à sobrevivência da Criança associada à dependência de tecnologia. O desenvolvimento da tecnologia permitiu criar equipamentos adaptáveis ao domicílio proporcionando a alta hospitalar da Criança e a continuidade dos cuidados de que necessita num ambiente que lhe é familiar (Vessey & Mebane, 2000). Perante este facto, a preparação e acompanhamento dos pais, enquanto principais cuidadores, tal como a adequação de recursos na comunidade torna-se uma intervenção determinante por parte do EEESCJ no sentido de maximizar o potencial de desenvolvimento infantil e a consequente redução de readmissões hospitalares (OE, 2011a).

De acordo com a OE (2011a), ao regresso a casa da Criança está inerente o processo de ensino, instrução e treino da Família. Considerando que a promoção das competências parentais no cuidado à Criança com doença crónica e dependente de tecnologia está intimamente ligada à otimização das capacidades do cliente e à aprendizagem do mesmo, a concretização deste objetivo visa a *“procura permanente da excelência no exercício profissional”* em que *“o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”* (OE, 2001, p. 14).

A par deste processo, com base numa comunicação e empatia efetivas, importa uma supervisão e monitorização contínua da autonomia e capacidade da Família, tal como da sua motivação permitindo uma alta hospitalar refletida e planeada (Charepe, 2004; Lima *et al.*, 2013). Ao conceito de aprendizagem está inerente o conceito de adaptação, segundo Redman (2003), uma vez que a aprendizagem, enquanto mecanismos de resistência cognitivo, insere-se no centro da capacidade de adaptação sob a forma de mudança no desempenho, sendo fundamental a avaliação inicial e a disponibilidade/motivação da Família.

Como já foi referido no relatório, a elaboração do Programa resulta de um diagnóstico de situação junto da equipa de Enfermagem ainda na fase de projeto que antecede o estágio. Importa realçar que este Programa procura complementar

um projeto desenvolvido por outra Enfermeira da Unidade, com foco na capacitação da Criança com DRC em tratamento conservador e Família ao nível da alimentação e medicação.

O Programa, intitulado “Preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e sua Família” (Apêndice XII), tem como finalidade contribuir para a melhoria dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem com base na sistematização das estratégias de intervenção junto da Criança em diálise peritoneal e Família, de modo a garantir a continuidade dos cuidados no internamento e no regresso a casa. Por sua vez, importa mencionar que, segundo os últimos dados nacionais, das vinte e seis crianças com DRC em diálise peritoneal dez das quais foram seguidas no meu contexto profissional (SPP, 2012). Atualmente são acompanhadas oito crianças com DRC em diálise peritoneal na referida Unidade.

De modo a cumprir este objetivo, planeei e concretizei reuniões, ao longo do estágio, com a finalidade de discutir a execução do Programa, no seio de toda a equipa Médica e de Enfermagem. Foi, ainda, contemplado um período de análise do Programa prévio à implementação do mesmo que decorreu em maio do ano vigente. As atividades inerentes à elaboração do Programa foram delineadas de modo a incidir no desenvolvimento de competências, enquanto futura EEESCJ, refletindo que desenvolvi a competência *“concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”* (B2, Regulamento n.º 123/2011), tal como *“gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”* (C1, Regulamento n.º 123/2011).

Tal como a OE (2011a) preconiza, procurei atender à promoção do envolvimento da Família na equipa multidisciplinar, desde a admissão, de modo a *“facilitar a transição da criança para o domicílio ou para outro nível de cuidados, garantindo a qualidade e continuidade deste”*, uma vez que a preparação do regresso a casa *“consiste num processo dinâmico e contínuo”* (p. 68). O regresso a casa da Criança com doença crónica e dependente de tecnologia, enquanto desafio para a equipa e para a Família face à continuidade e complexidade de cuidados, exige uma adaptação dos cuidados parentais sendo fundamental o ensino, o treino e a instrução dos principais cuidadores (Tong *et al.*, 2010; Lima *et al.*, 2013).

Neste sentido, procedi à elaboração do Programa dando ênfase ao fluxograma definido pela Ordem dos Enfermeiros (2011a), contemplando também documentos vigentes na Unidade, como a avaliação inicial da Criança e Família e a carta de alta de Enfermagem, acrescentando o Manual de ensino, instrução e treino e bibliografia de suporte à equipa. A este Programa estão, ainda, subjacentes indicadores de avaliação, sustentados pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011b), de modo a monitorizar a qualidade dos cuidados de Enfermagem neste âmbito. A informação relativa ao Programa pode ser consultada num *dossier* existente na Unidade e desenvolvido no decorrer do estágio.

O Programa prevê que seja nomeado um Enfermeiro de Referência, se possível, na reunião prévia ao início da diálise peritoneal. Este aspeto foi apreendido como instrumento crucial na satisfação quer dos enfermeiros quer da Criança e Família, ao longo das experiências de estágio nos contextos onde existe implementação e avaliação deste método de prestação de cuidados. A sensibilização da equipa de Enfermagem para a adoção deste método de prestação de cuidados surge na busca pela excelência do exercício profissional, dando ênfase à necessidade do cliente no que respeita à relação empática, parceria nos cuidados e longitudinalidade do vínculo profissional-família tal como defende Lima *et al.* (2013).

A elaboração do Programa teve em conta o facto da preparação do regresso a casa decorrer em três fases cruciais, acolhimento, educação e alta (Santos *et al.*, 2010). Neste sentido, o Enfermeiro deve providenciar uma constante atualização da avaliação inicial de modo a identificar os principais cuidadores e seus recursos de suporte, mas também estímulos focais, contextuais e residuais, como por exemplo o ambiente físico hospitalar; as condições habitacionais; o conhecimento sobre a doença; a escolaridade do principal cuidador; a motivação e medo sentidos; e as características físicas do seu filho (Roy & Andrews, 2001; Hewitt-Taylor, 2012). De acordo com Roy e Andrews (2001), na sua intervenção é imprescindível o Enfermeiro valorizar a Criança e Família como uma Pessoa que dispõe de mecanismos que lhe permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos ambientais.

Ao Programa está inerente a elaboração, como já mencionei, de um Manual de Ensino, Instrução e Treino que sistematiza e orienta a equipa de Enfermagem no

plano de cuidados. Este último contempla o conhecimento e a habilidade intrínseca à autonomia da Família da Criança em diálise peritoneal, tal como preconiza a OE (2011a). Paralelamente à evidência científica (Elias *et al.*, 2012), a minha experiência profissional na Unidade, quer ao nível do internamento quer ao nível ambulatorio, permitiu a identificação da necessidade da Família na sistematização da preparação do regresso a casa pautado pela informação, pela relação de proximidade com os profissionais e pelo envolvimento nos cuidados.

Neste âmbito, pretende-se que o Enfermeiro de Referência, como elo de ligação entre o cliente e a equipa multidisciplinar, monitorize a adaptação da Família aos cuidados à Criança em diálise peritoneal através da execução e avaliação de um plano de ensino, instrução e treino personalizado (Hockenberry & Wilson, 2011). Ao elaborar o Programa, procurei promover e facilitar a aprendizagem da Família durante o processo de preparação do regresso a casa, de modo a que adquira conhecimentos e habilidades distintas do quotidiano tal como menciona Hockenberry e Wilson (2011). Este plano pretende, ainda, espelhar que os pais, enquanto principais cuidadores da Criança no seio familiar, constituem agentes ativos e participativos no Cuidar durante o internamento hospitalar e, por sua vez, alvo de cuidados por parte da Equipa multidisciplinar (Marinheiro, 2002; Hewitt-Taylor, 2012).

Além disso, a elaboração deste Programa vai de encontro, tal como Charepe (2004) menciona no seu estudo, às exigências da atualidade na mudança na prática de Enfermagem relacionada com a integração da Família como parceiros no Cuidar para promover a aquisição de competências parentais e capacidade para lidar com complicações inerentes à doença do seu filho. A intervenção de Enfermagem neste âmbito, com base na parceria de cuidados, pressupõe assim o reconhecimento e o respeito pela experiência de Cuidar da Família, bem como o envolvimento e a negociação, sem esquecer as estratégias de educação para a saúde essenciais à tomada de decisão (Casey, 1993; Marinheiro, 2002).

De acordo com Petronilho (2007), o regresso a casa envolve imprevisibilidade na condição de saúde da Criança e algum *stress* e insegurança no desempenho do papel parental, aliada à necessidade de informação escrita possível de consultar no domicílio evidenciada em diversos estudos (Tong *et al.*, 2008; Tong *et al.*, 2010; Elias *et al.*, 2012). Dando resposta a tal facto, concebi um folheto intitulado

“Cuidados ao Orifício do Catéter Peritoneal” (Apêndice XIII), aprovado pela Direção de Enfermagem, a fornecer à Criança e Família como complemento do *dossier*⁸ informativo disponibilizado pela empresa que fornece o material de diálise. O folheto faculta orientação essencial ao cuidado e à tomada de decisão da Família perante sinais e sintomas de alerta, tal como identifica recursos da Comunidade.

As complicações infecciosas, como a peritonite e a infeção do orifício do catéter peritoneal, continuam no topo das causas de morbilidade e falência da técnica constituindo uma forte ameaça à qualidade de vida da Criança e Família e exigindo, maioritariamente, um período prolongado de internamento para tratamento (Chadha, Schaefer & Warady, 2010; Warady *et al.*, 2012). Como já mencionei no relatório, segundo os dados da Unidade de Nefrologia Pediátrica, entre janeiro de 2011 e junho de 2012, as dez crianças com DRC em diálise peritoneal seguidas na contexto tiveram vinte e três episódios de infeção do orifício do catéter peritoneal, o que implicou internamento hospitalar e as, consequentes, repercussões na dinâmica familiar, absentismo escolar e elevados custos para os familiares e Serviço Nacional de Saúde.

Perante esta problemática e constatando a lacuna na uniformização da prática, na ótica de melhoria da qualidade dos cuidados prestados procedi à elaboração de uma norma de procedimento dos cuidados de Enfermagem à Criança com catéter peritoneal e respetiva adaptação do instrumento de registo de Enfermagem. Esta norma, aprovada pela Direção de Enfermagem e previamente discutida com a Equipa - médicos e enfermeiros - da Unidade, encontra-se em vigor tal como o documento de registo (Apêndice XIV).

Enquanto as atividades supracitadas se centram na educação, menciono de seguida alguns itens que o Programa contempla no regresso a casa. Como exemplo, o preenchimento de uma *check-list* elaborada no decorrer do estágio e que resume um conjunto de atividades focadas na adaptação da Família no regresso a casa da Criança, sendo uma das atividades a coordenação do fornecimento do material necessário no domicílio sob responsabilidade do Enfermeiro.

O documento delineia, ainda, a realização de uma visita domiciliária prévia à alta de modo a avaliar as condições habitacionais da Criança e apoiar a Família na

⁸ Disponibiliza informação sobre o material e a execução da técnica de diálise peritoneal automatizada.

adaptação das mesmas. Posteriormente, a visita domiciliária surge com a finalidade de validar as competências da Família no cuidado à Criança e despistar potenciais situações de risco, aspetos sustentados pela evidência e documentos normativos da profissão (OE, 2011a; Elias *et al.*, 2012; Hewitt-Taylor, 2012). Aliado a um adequado planeamento da visita domiciliária intrínseca ao Programa, estava prevista a realização desta atividade no estágio, no entanto não foi possível concretizar uma vez que a inexistência de recursos humanos suficientes incitou a suspensão temporária da mesma na Unidade. Não obstante, o facto de integrar a equipa da UMAC desde 2007, enquanto Enfermeira da Unidade, constituiu uma mais-valia no planeamento da visita domiciliária integrada no Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família.

Gostaria ainda de salientar que não existindo suporte informático todos os registos relativos ao processo de Enfermagem são escritos em papel, exigindo um maior esforço da equipa em garantir a continuidade de cuidados à Criança e Família noutros serviços ou Instituições. Numa ótica de observação, constatei, na maioria dos contextos anteriores, a importância do sistema informático no registo dos cuidados de Enfermagem conferindo-lhes uma maior visibilidade sobretudo nas intervenções autónomas, seja a nível da promoção da parentalidade, da educação para a saúde ou da adaptação da Criança e Família à doença crónica. Reconheço que tal fato impõe um desafio às instituições de saúde no sentido em que urge um registo sistematizado, numa linguagem comum, e de qualidade de modo a garantir a continuidade dos cuidados. Apesar do registo informatizado estar previsto para o Departamento de Pediatria num futuro breve, segundo a Direção de Enfermagem, urge assegurar a garantia de continuidade e articulação de cuidados à Criança e Família. Neste sentido, as passagens de turno têm sido momentos oportunos para sensibilizar os enfermeiros para a articulação com os cuidados de saúde primários seja através de carta ou do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil tal como a evidência científica recomenda, por exemplo Hewitt-Taylor (2012). Considerando que a articulação entre instituições está intimamente relacionada com o dever do Enfermeiro em *“assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”*, tal como menciona a alínea d) do Artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

Fruto da experiência nos cuidados de saúde primários e no sentido de elucidar a equipa sobre os benefícios da intervenção precoce na qualidade de vida e desenvolvimento destas crianças (Hewitt-Taylor, 2012), disponibilizei também o Decreto-Lei n.º 281/2009 no suporte informativo que sustenta o Programa.

A partilha e o aprofundar de saberes nos diversos contextos de estágio, não só contribuíram para a elaboração do Programa como permitiram construir um caminho na direção de uma “(...)praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (D2, Regulamento n.º 122/2011). Fruto do trabalho desenvolvido, fui recentemente reconhecida na Instituição como Enfermeira de ligação na diálise peritoneal pediátrica. Esta valorização profissional enaltece o Cuidar “(...) da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (E2, Regulamento n.º 123/2011) de modo a promover “a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)” (E2.5, Regulamento n.º 123/2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crescentes exigências de saúde em idade pediátrica, concomitantemente com o avanço tecnológico e a evolução da disciplina de Enfermagem impõem um Cuidar especializado à Criança e Família na preparação do regresso a casa. Assim, durante o percurso de estágio procurei desenvolver competências que permitissem a prestação de cuidados especializados à Criança e Família qualquer que seja a sua condição de saúde. Fruto da minha experiência profissional e das minhas necessidades formativas enquanto futura EEESCJ dei especial atenção à preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e sua Família.

Ao longo deste percurso formativo, em diferentes contextos de cuidados, o conceito e o modo de Cuidar a Criança e Família foi sofrendo alterações. Posso afirmar que a mobilização do metaparadigma proposto por Callista Roy, aliado à Filosofia de Cuidados Centrados na Família, foi facilitadora do Cuidar de Enfermagem com vista à maximização da saúde da Criança em situações de especial complexidade. Sendo notório que considerar os pais como parceiros nos cuidados durante o internamento da Criança é reconhecer que, ao Cuidar a Criança, estamos a Cuidar a Família, no sentido de capacitá-los como participantes autónomos, adaptando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisão. À luz do Modelo de Adaptação de Roy, que incorpora em si a dimensão do holismo e humanismo, pude adquirir uma consciencialização mais clara da preparação do regresso a casa da Criança e Família reforçando, na minha prática de cuidados, a importância de conhecer em profundidade a pessoa alvo de cuidados.

Não obstante o corpo de conhecimentos mobilizado, considero que este processo de desenvolvimento de competências só foi possível pela prática reflexiva que, resultando de um esforço ativo de racionalização da ação com o confronto entre o pensamento e a prática, viabilizou a reestruturação das práticas, quebrando a rotinização. Assumo, porém, que promover a adaptação parental com vista à maximização da saúde da Criança tem uma estreita relação com o processo reflexivo da prática e o desenvolvimento profissional do Enfermeiro.

Em jeito de balanço, considero que a prestação de cuidados à Criança e Família sustentada por uma prática baseada na evidência, me permitiu desenvolver competências de Enfermeiro Especialista ao nível comum e específico segundo os

Regulamentos n.º 122 e 123/2011. A tal facto estão inerentes atividades que visam a promoção da saúde infantil, da vinculação e parentalidade tal como a avaliação do desenvolvimento infantil indo de encontro, no meu entender, a competências como: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* (A.1., Regulamento n.º 122/2011); *“Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”* (B.2., Regulamento n.º 122/2011); *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (D.2., Regulamento n.º 122/2011); *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* (E.1., Regulamento n.º 123/2011); *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* (E.2., Regulamento n.º 123/2011); *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (E.3., Regulamento n.º 123/2011).

Por outro lado, foram desenvolvidas atividades mais direcionadas à temática concretizando, assim, o desenvolvimento de competências que visem a prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade, na preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família.

Tendo em conta o objetivo supracitado, admito que a concretização de atividades nos diversos contextos de estágio com foco na preparação do regresso a casa em situações de saúde da Criança de especial complexidade, tal como a formação de pares, permitiram o desenvolvimento de competências comuns e específicas nomeadamente aos níveis: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* (A.1., Regulamento n.º 122/2011); *“Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”* (B.2., Regulamento n.º 122/2011); *“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”* (B.3., Regulamento n.º 122/2011); *“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”* (C.1., Regulamento n.º 122/2011); *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (D.2., Regulamento n.º 122/2011). Relativamente às competências específicas do EEESCJ, apesar de existir um maior enfoque ao nível de *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* (E.2., Regulamento n.º 123/2011), também houve uma incidência, apesar de discreta, nas competências *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua*

saúde” (E.1., Regulamento n.º 123/2011) e “*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (E.3., Regulamento n.º 123/2011).

A diálise peritoneal em idade pediátrica, pela sua complexidade e continuidade de cuidados no domicílio, representa um sério desafio quer para a Criança e Família quer para os profissionais de saúde. Sendo, a intervenção de Enfermagem especializada, no seio multidisciplinar, um elemento-chave na aquisição de conhecimentos e habilidades por parte da Família e na promoção das competências parentais. Não descurando as estratégias que otimizem a identificação e mobilização de recursos, familiares ou na Comunidade. Sendo, assim, um elemento fulcral na preparação do regresso a casa e no processo contínuo de adaptação aos novos desafios em saúde.

Foi perceptível ao longo deste percurso que uma articulação adequada entre as várias estruturas de apoio no âmbito da saúde infantil, sobretudo nas crianças com doença crónica e suas famílias, permite a continuidade e manutenção de um nível de cuidados eficazes na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

O percurso de estágio delineado, pela diversidade e complexidade dos contextos, constituiu uma fonte de contributos para a elaboração de um Programa de preparação do regresso a casa no meu contexto profissional. Considero, ainda, que o permanente desafio, tanto exigente como enriquecedor, durante o estágio despoletou uma construção do saber e um desenvolvimento de competências num caminho que se espera como de perito na área do Cuidar a Criança com DRC em diálise peritoneal e Família no regresso a casa.

Inerente à minha experiência profissional e ao percurso académico, tanto a constante reflexão sobre a prática, perceptível nos diários de campo, como a partilha e discussão de saberes nos contextos foram cruciais na concretização dos objetivos propostos e no desenvolvimento de competências de natureza científica, técnica, relacional, cultural e ética no Cuidar especializado à Criança e Família. A par da prestação de cuidados tive, ainda, oportunidades de agir como elemento formativo procurando, incessantemente, uma prática baseada na evidência que incida nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011b).

No âmbito formativo, atualmente e a par da implementação do Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família, tenho desenvolvido sessões em grupo para os pais no sentido de validar e aperfeiçoar conhecimentos e habilidades nos cuidados ao catéter peritoneal. Decorrente da avaliação das duas sessões realizadas, preveem-se futuras sessões com outras temáticas nomeadamente a alimentação e a execução da técnica dialítica.

Neste momento é gratificante constatar, após uma profunda reflexão, que o Programa “Preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família”, a par das competências comuns e específicas desenvolvidas (Regulamentos n.º 122 e 123/2011), contribuirá para a melhoria contínua da qualidade do Cuidar em Enfermagem, uma vez que prevê a gestão, prestação e avaliação dos cuidados no regresso a casa da Criança e Família numa situação de especial complexidade. Não desvalorizando o facto do desenvolvimento pessoal e profissional, previsto com a concretização deste percurso, ser um dos alicerces na eficácia e eficiência do processo de cuidados. Em síntese, tal facto também advém de uma complexidade crescente nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio adjacente a uma tomada de decisão e julgamento clínico sustentados pela prática baseada na evidência e pelo cumprimento da Ética e Deontologia profissional.

Ainda, na busca pela excelência do Cuidar, quer ao nível das competências comuns quer ao nível das competências específicas, estive presente no Seminário “Cuidar com Competência, Crescer com Saúde” (Anexo I) e no 1º Encontro Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa “Cuidar para o Desenvolvimento” (Anexo I).

Em suma, importa referir que o desenvolvimento de competências mencionado e decorrente do percurso profissional e académico, no âmbito do CMEEESCJ, visa atingir a mestria no Cuidar de Enfermagem à Criança e Família em situações de especial complexidade não descurando o reconhecimento e a valorização das competências do cliente como um recurso para uma intervenção especializada. Neste sentido e na ótica de Benner (2001), considero que tenho vindo a construir um sólido caminho de competente a perito, sendo que este último *“age a partir de uma compreensão profunda da situação global”* (p. 58).

5. PERSPETIVAS FUTURAS

Fruto do trabalho desenvolvido, fui nomeada como Enfermeira de ligação, na Instituição onde exerço funções, na área da diálise peritoneal pediátrica. A este reconhecimento profissional está implícito um papel dinamizador na otimização do conhecimento e das boas práticas no cuidado de Enfermagem, num âmbito de formação e consultadoria na Instituição. Paralelamente a estas intervenções, zelo pela implementação, avaliação e, eventual, reformulação do Programa “Preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família”.

Com a implementação do Programa prevejo uma melhoria na visibilidade da prática de Enfermagem através de um estudo científico a ser desenvolvido num futuro próximo. Perspetivando, neste sentido, a divulgação dos resultados junto da Comunidade científica. Deste modo, com base numa intervenção ativa pautada pelo envolvimento e capacitação da Criança e Família, perspetivo ainda maximizar a saúde da Criança em situações de especial complexidade e dignificar a Enfermagem.

Em síntese, pretendo que este percurso formativo tenha sido o primeiro passo na obtenção de ganhos em saúde da Criança fruto de uma adequada preparação do regresso a casa.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C.; Almeida, M.C.; Costa, M.; Santos, R. & Jácome, P. (2011). As Implicações/Impacto dos Registos de Enfermagem em Linguagem CIPE. *Enformação*. 14. 20-25. Acedido em 10-01-2014. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/938>.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*. 6 (5). 53-59.
- Andershed, B. & Olsson, K. (2009). Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23. 598-610. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00647.x
- Barros, I. & Botelho, T. (2008). *Necessidades e stress dos pais de bebés prematuros hospitalizados*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade. Lisboa. Acedido em 10-10-2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/977>.
- Barros, L. (2001). A unidade de cuidados intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. Maria Cristina Canavarro (coord.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Basto, M. L. (2009). *Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - proposta de um percurso*. Pensar Enfermagem. 13 (2). 11-18.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borck, M. & Santos, E. (2012). Método Canguru: práticas investigativas e de cuidado de Enfermagem no Modelo de Adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*. 16 (2). 263-269. DOI: 10.1590/S1414-81452012000200008.
- Brazelton, T. B. (2009). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.

- Caldeira, T.; Santos, G.; Pontes, E.; Dourado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 1 (37). 1-4.
- Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.
- Castro, E. K. & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da Doença Orgânica Crónica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 15 (3). pp. 625-635.
- Chadha, V.; Schaefer, F. & Warady, B. (2010). Dialysis-associated peritonitis in children. *Pediatric Nephrology*. 25 (3). 425-440. DOI 10.1007/s00467-008-1113-6.
- Charepe, Z. B. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*. 191 (15). pp. 6-12.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida – da prática das mulheres aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.
- Couto, F. & Praça, N. (2009). Preparo dos pais do recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Escola Anna Nery*. 13 (4). 886-891.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República I Série A, N.º 205 (04-09-1996). 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro. Procede à criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Diário da República I Série, N.º 193 (06-10-2009). 7298-7301.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República I Série, N.º 161 (22-08-2007). 5587-5596.

- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 10-10-2012. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.
- Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606
- European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association. *ERA-EDTA Registry: Annual Report 2011*. Amsterdam: Academic Medical Center. Acedido em 17-03-2014. Disponível em: <http://www.era-edta-reg.org/index.jsp?p=1>.
- Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, R.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*. 40. 133-154.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frota, M.; Machado, J.; Martins, M.; Vasconcelos, V. & Landin, F. (2010). Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crónica. *Escola Anna Nery*. 14 (3). 527-533. Acedido em 04-06-2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-814521300014&script=sci_arttext.
- Geary, D. & Schaefer, F. (2008). *Comprehensive Pediatric Nephrology*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Harambat, J.; Stralen, K.; Kim, J. & Tizard, E. (2012). Epidemiology of chronic kidney disease in children. *Pediatric Nephrology*. 27 (3). 363-373. DOI: 10.1007/s00467-011-1939-1.
- Hewitt-Taylor, J. (2012). Planning the transition of children with complex needs from hospital to home. *Nursing Children and Young People*. 24 (10). 28-35. DOI: 10.7748/ncyp2012.12.24.10.28.c9464
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

- Hsu, A.; Kooh, S.; Fraser, D.; Cumming, W. & Fornasier, V. (1982). Renal osteodystrophy in children with chronic renal failure: an unexpectedly common and incapacitating complication. *Pediatrics*. 70 (5). 742-750.
- Hutthfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (5). 1178-1187. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00987.x.
- International Conference on Health Promotion (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization. Acedido em 03-07-2013. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- Jesus, C.; Silva, C. & Andrade, F. (2005). Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Revista Sinais Vitais*. 59 (3). 25-28.
- Klass, C. (1997). A relação entre a visitadora domiciliária e os pais: a essência da visita domiciliária. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 28 (4). 381-387.
- Kramer, A.; Stel, V.; Diez, J.; Torre, R.; Caamaño, E.; Cala, S.; Baduell, H.; Nuez, P.; Cerneviskis, H.; Collart, F.; Couchoud, C.; Meester, J.; Djukanovic, L.; Ferrer-Alamar, M.; Finne, P.; Fogarty, D.; Bazaga, M.; Garneata, L.; Golan, E.; Fernández, R.; Heaf, J.; Hoitsma, A.; Ioannidis, G.; Kolesnyk, M.; Kramar, R.; Leivestad, T.; Limido, A.; Lopot, F.; Macário, F.; Magaz, A.; Martín-Escobar, E.; Metcalfe, W.; Noordzij, M.; Ots-Rosenberg, M.; Palsson, R.; Piñera, C.; Postorino, M.; Prutz, K.; Ratkovic, M.; Resic, H.; Hernández, A.; Rutkowski, B.; Serdengeçti, K.; Yebenes, T.; Spustová, V.; Stojceva-Taneva, O.; Tomilina, N.; Luijtgarden, M.; Stralen, K.; Wanner, C. & Jager, K. (2013). Renal replacement therapy in Europe – a summary of the 2010 ERA-EDTA Registry Annual Report. *Clinical Kidney Journal*. 6 (1). 105-115. DOI: 10.1093/ckj/sfs164. Acedido em 17-03-2014. Disponível em: <http://www.era-edta-reg.org/index.jsp?p=14>.
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. (12^a ed.). Paris: Service Lecteurs.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550.

- Lima, M. F.; Arruda, G. O.; Vicente, J.B.; Marcon, S.S. & Higarashi, I.H. (2013). Crianças Dependentes de Tecnologia: Desvendando a Realidade do Cuidador Familiar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 14 (4). pp. 665-673.
- Lopéz, C.A.; Escribano, A.F.; García, E.I.; Pablos, A.L. & Cantanero, G.G. (2010). Measurement of Health related quality of life in children with chronic kidney disease using a specific test. Influence of treatment. *Nefrologia*. 30 (2). pp177-184.
- Mahon, A. & Jenkins, K. (Eds.) (2007). *Doença Renal Crónica (estádios 1-3): Guia para a Prática Clínica*. Switzerland: European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.
- Marinheiro, P. P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Revista Referência*. 11. 33-41.
- Moreira, D. & Vieira, M. (2010). Crianças em tratamento dialítico: a assistência pelo enfermeiro. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 17 (1). 27-34. Acedido em 03-03-2014. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/v17-1.htm
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 18-01-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 03-10-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Acedido em 28-02-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Matriz para a análise dos planos de estudo dos CPLEE*. Acedido em 01-10-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaaanalise.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer n.º 255/2010: Orientação de enfermeiros em ensino clínico no âmbito da formação especializada em Enfermagem. Acedido em 31-10-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoEnfermagem.aspx>.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: FORMASAU.
- Phillips, K. D. (2004). Modelo de Adaptação: Irmã Callista Roy. In A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Coord.). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência
- Portaria n.º 1182/2010 de 16 de Novembro. Cria o curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e aprova o respetivo plano de estudos. Diário da República I Série, N.º 222 (16-11-2010). 5205-5207.

- Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde*. 9ª edição. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8653 - 8655.
- Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rycroft-Malone, J.; Seers, K.; Titchen, A.; Harvey, G.; Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of Advanced Nursing*. 47 (1). pp. 81-90. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*. 20 (1). 36-31.
- Santos, A.; Alves, C. & Apolinário, M. (2010). A aquisição de competências parentais na área do cuidar do recém-nascido prematuro: efetividade da educação realizada pelo enfermeiro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1 (2). 237-250. Acedido em 02-11-2013. Disponível em http://infad.eu/RevistaINFAD/2010/n1/volumen2/INFAD_010222_237-250.pdf.
- Santos, C.; Quintas, M.; Cunha, E. & Silva, M. (1992). Avaliação do preenchimento do Boletim de Saúde Infantil. *Saúde Infantil*. 14(1): 31-9.
- Saunders, R.; Abraham, M.; Crosby, M.; Thomas, K. & Edwards, W. (2003). Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. *Pediatrics*. 111 (4). 437-449.

- Serrano, M.T.P.; Costa, A.S.M.C. & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Referência*. 3 (3). 15-23.
- Smith, L., Coleman, V. & Bradshaw, M. (2006). Family-centred care. In Glasper, A. & Richardson, J. (Eds.). *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Nefrologia Pediátrica. *Registo Português de IRC pediátrica em Tratamento de Substituição Renal*. Acedido em 06-03-2014. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Nefrologia/Registo_IRCT2012.pdf
- Sousa, J.; Silva, L. & Guimarães, T. (2008). Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Pediatria (São Paulo)*. 30 (4). 217-227.
- Tong, A.; Lowe, A.; Sainsbury, P. & Craig, J. C. (2008). Experiences of Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Pediatrics*. 121. 349-361. DOI: 10.1542/peds.2006-3470.
- Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health & Development*. 36(4). 549–557. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x
- Unicef (1989). *Convenção dos Direitos da Criança*. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>
- Vessey, J. A. & Mebane, D. J. (2000). Chronic conditions and child development. In P. L. Jackons & J. A. Vessey. *Primary care of the child with a chronic condition* (3ª edição). St. Louis: Mosby.
- Warady, B. & Chadha, V. (2007). Chronic kidney disease in children: the global perspective. *Pediatric Nephrology*. 22. 1999-2009. DOI: 10.1007/s00467-006-0410-1.

- Warady, B.; Bakkaloglu, S.; Newland, J.; Cantwell, M.; Verrina, E.; Neu, A.; Chadha, V.; Yap, H. & Schaefer, F. (2012). Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: 2012 update. *Peritoneal Dialysis International*. 32. pp. 32-86. DOI: 10.3747/pdi.2011.00091.
- Ward, G. (2005). Cuidados renais na Infância e Adolescência. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ªed.). São Paulo: Editora Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE I:
Diagnóstico de situação

FORMULÁRIO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretende-se desenvolver na Unidade de Nefrologia Pediátrica um programa de preparação para a alta que vise a capacitação da Criança e Família em diálise peritoneal. Isto porque o planeamento da alta, desde o momento da admissão, constitui um processo chave para a continuidade dos cuidados à Criança com qualidade, segurança e responsabilidade no internamento e no domicílio.

Atendendo a estes pressupostos e, baseado na sua experiência profissional, agradece que respondesse às questões que a seguir se colocam.

1. Perante a Criança e Família com doença renal crónica em diálise peritoneal, internada na Unidade, que importância atribui ao método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência?

Assinale com X a resposta que melhor representa a sua opinião	
Nada importante	
Pouco importante	
Muito Importante	

2. Considera vantajoso a existência de um plano de cuidados antecipatórios à alta com orientações para a família, de modo a que esta desenvolva competências para cuidar da Criança em diálise peritoneal? Justifique.

Obrigada pela colaboração!

Estou disponível para esclarecimentos.

Carla Coimbra

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aplicação do formulário, segue-se a caracterização da amostra e a avaliação dos resultados:

Amostra

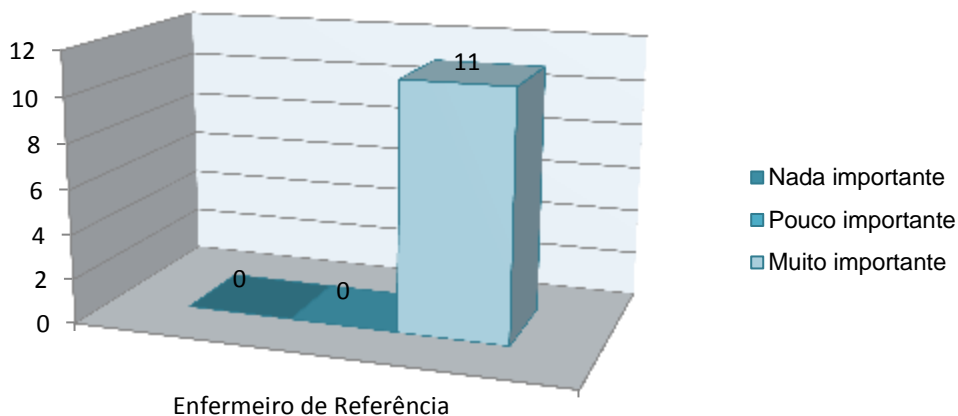
Apesar da equipa de enfermagem da Unidade onde exerço funções ser constituída por 14 colaboradores, por motivo de férias, o formulário foi aplicado apenas a 11 elementos. O mesmo foi aplicado no período de 29 de Abril a 3 de Maio de 2013, garantindo-se a confidencialidade dos dados.

Dos 11 participantes, 2 exercem funções de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (um dos elementos complementa com funções de chefia) e 1 exerce funções de Enfermeiro Especialista em Reabilitação. Os restantes prestam cuidados gerais de Enfermagem.

Não existindo chefes de equipa, dado o reduzido número de enfermeiros e vagas (8), a prestação de cuidados tem com base o método de trabalho individual.

Resultados – Questão 1

Gráfico 1: Importância atribuída, pelos enfermeiros, ao método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência no internamento da Criança em diálise peritoneal



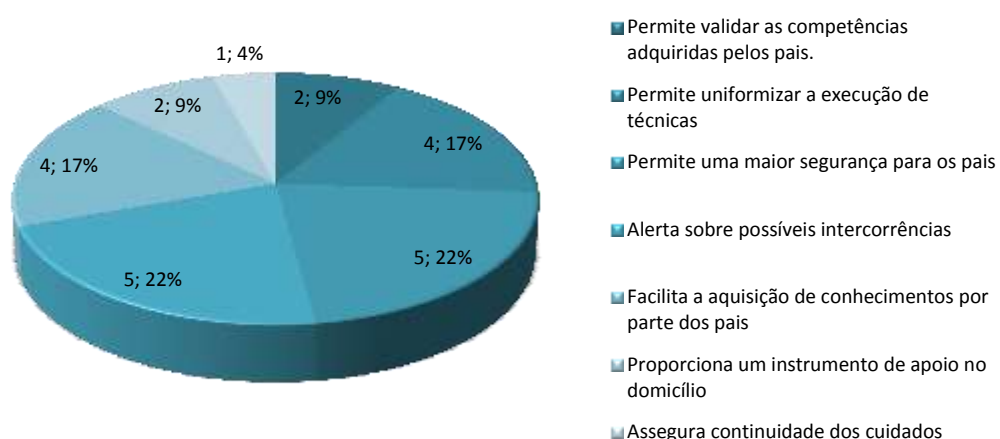
Apesar das diferenças na formação e competências dos colaboradores, todos, sem exceção, consideraram o método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência vantajoso nos cuidados à Criança com DRC em diálise peritoneal e sua Família.

Resultados – Questão 2

Sendo o ponto 2 uma questão aberta surgiu uma variedade de respostas, no entanto todos consideraram vantajoso o programa de preparação para a alta. Após analisar as respostas dos formulários por temas, emergiram 6 resultados principais.

À pergunta: *“Considera vantajoso a existência de um plano de cuidados antecipatórios à alta com orientações para os pais, de modo a que estes desenvolvam competências para cuidar da criança em programa de diálise peritoneal? Justifique”*, surgiram como vantagens principais:

Gráfico 2: Vantagens do programa de preparação para a alta - ocorrências (número e percentagem)



APÊNDICE II:
Documento Orientador



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE

INFANTIL E PEDIATRIA

2º ANO – 1º SEMESTRE

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: CUIDAR A
CRIANÇA EM DIÁLISE PERITONEAL E FAMÍLIA**

Mestranda: Carla Coimbra (n.º 4720)

Docente orientador: Filomena Sousa

Outubro de 2013 a Fevereiro de 2014

Ao longo dos tempos, tem sido notório um aumento de crianças com doença crónica, em consonância com a evolução tecnológica e clínica. Segundo autores como Vessey e Mebane (2000), o desenvolvimento da tecnologia permitiu criar equipamentos adaptáveis ao domicílio proporcionando o precoce regresso a casa da Criança e a continuidade dos cuidados de que necessita num ambiente que lhe é familiar. Perante este facto, a preparação do regresso a casa e a capacitação da Família, enquanto principal cuidadora, tal como a adequação de recursos na comunidade torna-se uma intervenção determinante por parte do EEESCJ no sentido de promover respostas adaptativas e maximizar o potencial de desenvolvimento da Criança (OE, 2011a).

No decorrer da prática diária num contexto pediátrico deparo-me com a constante adaptação da Família, nomeadamente, no ajuste do papel parental e do cuidado à Criança com doença crónica e dependência de tecnologia. Em consonância com o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, trabalhar a preparação do regresso a casa, que vise a continuidade de cuidados à Criança em diálise peritoneal, à luz da Teoria de Adaptação de Roy, alicerçada pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família, constituiu o motor deste percurso.

A promoção das competências parentais no cuidado à Criança com doença crónica e dependente de tecnologia está intimamente ligada à otimização das capacidades do cliente e ao ensino, instrução e treino do mesmo, uma vez que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”* (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 14). Ainda quanto ao ensino do cliente sobre um medicamento ou tratamento, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, determinou-o como uma intervenção de Enfermagem no art.º 9 (OE, 2012). Desta forma, o papel pedagógico do Enfermeiro, no âmbito da educação para a saúde, associado à capacitação parental é determinante na adaptação da Família aos cuidados especiais que a Criança necessita no domicílio.

Com foco no Cuidar de Enfermagem na preparação do regresso a casa, o percurso tem em conta a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, que demonstra uma *“elevada capacidade de concepção, gestão e*

supervisão de cuidados e, ainda, um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 122/2011, art. 3º). Tal como prevê o desenvolvimento de uma prática especializada, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados promotores da adaptação aos desafios de saúde e de um elevado estado de saúde da Criança sustentado pela capacitação parental e pela mobilização de recursos de suporte à Família.

Desta forma, o percurso de estágio da mestranda tem como finalidade o *desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista que contribuam para a adaptação da Criança e da Família em situações de especial complexidade e com melhoria contínua da qualidade aos vários níveis, científico, humano e técnico, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados no regresso a casa com autonomia, segurança e responsabilidade*. Neste sentido, surgem os seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados nas diferentes dimensões do exercício profissional.

1.1. Participar nos cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido e Família, otimizando a adaptação parental.

1.2. Colaborar na adaptação do papel parental aos desafios em saúde, no âmbito da preparação do regresso a casa.

1.3. Desenvolver intervenções de Enfermagem, ao nível avançado, junto da Criança e Família que visem a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

1.4. Avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil.

1.5. Prestar cuidados de Enfermagem à Criança e Família em situações de especial complexidade.

2. Desenvolver competências para prestar cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade, na preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e sua Família.

2.1. Compreender a intervenção da Equipa Local de Intervenção Precoce, nos cuidados de saúde primários, no âmbito da maximização da saúde da Criança com doença crónica.

2.2. Contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e Família no contexto de urgência pediátrica.

2.3. Compreender a complexidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e sua Família, na preparação do regresso a casa.

2.4. Elaborar um Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família, que vise a adaptação e a continuidade de cuidados com segurança e qualidade no domicílio.

De modo a facilitar a compreensão do planeamento e concretização dos objetivos são apresentados os documentos relativos aos contextos de forma individual. Sendo que o percurso foi delineado com base nas etapas de vida da Criança e num possível circuito da Criança em diálise peritoneal, respeitando a seguinte ordem: neonatologia, cuidados de saúde primários, urgência pediátrica e internamento. Considerou-se, ainda, pertinente selecionar um campo de estágio num serviço que contempla nefrologia pediátrica, de modo a obter contributos para a elaboração do programa de preparação do regresso a casa no contexto profissional da mestranda.

NEONATOLOGIA

A **Unidade de Neonatologia** (UCIN) do CHLN, E.P.E. foi o contexto de estágio selecionado para iniciar o percurso de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). Este momento de estágio decorrerá entre 7 de Outubro de 2013 e 1 de Novembro de 2013, aos quais correspondem 96 horas.

Este contexto pelas situações de especial complexidade exige cuidados de enfermagem diferenciados, sendo este um motor de aprendizagem impulsionador do desenvolvimento de competências de EEESCJ, à qual se alia o facto de estar inserido no Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar onde exerço funções. A preparação do regresso a casa inicia-se no momento da admissão, sendo a Filosofia de Cuidados Centrados na Família fundamental no envolvimento e participação progressiva dos pais nos cuidados, através do ensino e supervisão adequados às suas necessidades e potencialidades. A parceria permite-lhes, assim, o desenvolvimento de competências e conhecimentos nos cuidados ao recém-nascido, para que no regresso a casa se sintam seguros e autónomos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Tendo em conta o fenómeno transversal aos contextos de estágio e o autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências de EEESCJ (Regulamentos n.º 122 e 123/2011), foram delineados os seguintes objetivos específicos, atividades e instrumentos a mobilizar no contexto:

Participar nos cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido e Família, otimizando a adaptação parental	
Atividades	Instrumentos
<p>Consulta da missão e valores do Departamento de Pediatria do CHLN. E.P.E.</p> <p>Consulta de normas e protocolos de atuação na UCIN.</p> <p>Revisão bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos sobre cuidados ao RN e a clarificar questões emergentes da prática.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem, ao RN e família, desde a admissão até à alta valorizando as competências do RN e as competências da Família com foco no contacto físico, na amamentação e no envolvimento dos pais nos cuidados.</p> <p>Supervisão de cuidados em situações de delegação de competência.</p> <p>Mobilização de princípios inerentes à Filosofia de Cuidados Centrados na Família e ao cuidado atraumático.</p> <p>Gestão de cuidados de acordo com os recursos disponíveis, as prioridades de atuação e o método de trabalho vigente.</p> <p>Desenvolvimento de espírito de iniciativa perante as oportunidades de aprendizagem nos contextos práticos.</p> <p>Desenvolvimento de capacidade de liderança em situações de especial complexidade.</p> <p>Divulgação da Semana Mundial do Aleitamento Materno a decorrer de 7 a 13 de Outubro de 2013,</p>	<p>Observação participante segundo a escala avaliação de competências parentais nos cuidados recém-nascidos de risco (Rodrigues, 2010);</p> <p>Reunião com enfermeiro responsável;</p> <p>Reunião com docente orientador;</p> <p>Bibliografia.</p>

com o respetivo poster disponível em http://www.dgs.pt/?cr=24514 .	
Discussão e análise crítica acerca da intervenção do EEESCJ, inserido numa equipa multidisciplinar, no contexto prática.	

Colaborar na adaptação do papel parental aos desafios em saúde, no âmbito da preparação do regresso a casa	
Atividades	Instrumentos
<p>Consulta de bibliografia e reuniões que visem a identificação das necessidades dos pais.</p> <p>Mobilização de uma comunicação adequada que vise a partilha de informação de forma clara e objetiva, adaptada às necessidades e potencialidades da Criança e Família.</p> <p>Colaboração no programa de ensino, instrução e treino de cuidados aos pais de recém-nascidos.</p> <p>Participação na elaboração de guiões de orientação para a Família no que toca aos cuidados à Criança, caso se justifique.</p> <p>Atualização da literatura disponível na biblioteca da Unidade, caso se justifique.</p> <p>Realização de visitas domiciliárias, integradas no projeto UMAD, se possível.</p> <p>Identificação dos recursos de suporte à Criança e Família e, respetiva, gestão e mobilização, criando um lista atualizada se a equipa da Unidade demonstrar essa necessidade.</p> <p>Discussão e análise crítica acerca da intervenção do</p>	<p>Reunião com enfermeiro responsável;</p> <p>Reunião com docente orientador;</p> <p>Bibliografia.</p>

EEESCJ, inserido numa equipa multidisciplinar, no contexto prática.	
---	--

Alguns documentos a mobilizar:

Normas, protocolos, dossier de Acreditação de Qualidade da UCIN.

Guias Orientadores de Boa Prática em ESIP (Ordem dos Enfermeiros).

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros).

PNS, PNSIJ e PNV vigentes (DGS).

Documentos normativos (DGS).

Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (IAC).

Convenção dos Direitos da Criança (Unicef).

Manual do Aleitamento Materno (Unicef, 2008).

Sites: **WHO** (programas e políticas), **amamentar.net**, **nbc.ca** (folhetos e vídeos), **nidcap.org** (NIDCAP®)

Alguma bibliografia a mobilizar:

American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (9). 691-696. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/112/3/691.full.html>.

Barros, L. (2001a). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. 297-316.

Barros, L. (2001b). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. (Ed). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. 235-254.

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.
- Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*. 191. 6 -12.
- Costa, J. (2004a). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.
- Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606
- Estevinho, I. (2004). Enfermeiros e mães a caminho...da parceria ao empowerment no cuidado! *Servir*. 15. 151-156.
- Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé prematuro. *Revista do ISPV*. 30. 51-58.
- Hallström, I.; Runesson, I. & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 17 (2). 140-148.
- Heermann, J.; Wilson, M. & Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsider to a partner. *Pediatric Nursing*. 31 (3). 176 - 181.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*. 8.53-61.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*. 11. 33-41.

- Martínez, J.; Fonseca, L. & Scochi, C. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em Unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 15(2). 239-246.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria – volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: FORMASAU.
- Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8653 - 8655.
- Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodrigues, P. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Universidade de Aveiro, Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/1416>.
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados....*Nascer e Crescer*. 20 (1). 26-31.
- Saunders, R.; Abraham, M.; Crosby, M.; Thomas, K. & Edwards, W. (2003). Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. *Pediatrics*. 111. 437 – 449. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/111/Supplement_E1/e437.full.html

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A **Unidade de Saúde Familiar (USF) da Ramada**, extensão de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Loures – Odivelas, foi o contexto de estágio selecionado no âmbito do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) ao nível dos cuidados de saúde primários. Este momento de estágio decorrerá entre 4 e 29 de Novembro de 2013, aos quais correspondem 96 horas.

A escolha da USF Ramada prendeu-se pelo facto do programa de saúde infantil ser coordenado por um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Este contexto constitui, ainda, um local vasto em aprendizagens e adequado aos objetivos do projeto, uma vez que a Equipa de Intervenção Precoce tem a coordenação de uma Enfermeira Especialista que realiza reabilitação domiciliária a crianças com necessidades especiais e suas famílias.

O foco de intervenção respeita à capacitação parental que vise a maximização da saúde da criança através da orientação antecipatória à família e da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, nomeadamente na criança com doença crónica. Tendo em conta o foco de intervenção e o autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências de EEESCJ (Regulamentos n.º 122 e 123/2011), foram delineados os seguintes objetivos específicos, atividades e instrumentos a mobilizar no contexto:

Desenvolver intervenções de enfermagem, ao nível avançado, junto da criança e família que visem a adoção de comportamentos potenciadores de saúde	
Atividades	Instrumentos
Apresentação do projeto de estágio junto da equipa;	Reunião com enfermeiro responsável;
Consulta de normas e protocolos de atuação;	Reunião com docente orientador;
Realização de consultas de saúde infantil, mobilizando conhecimentos acerca do crescimento, desenvolvimento e cuidados antecipatórios conforme indica o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013);	Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2012);
Sensibilização da família para a adesão ao	Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas

<p>Plano Nacional de Vacinação (2012), em caso de incumprimento da imunização infantil;</p> <p>Mobilização de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor em procedimentos invasivos;</p> <p>Gestão de cuidados de acordo com os recursos disponíveis, as prioridades de atuação e o método de trabalho vigente;</p> <p>Mobilização de uma comunicação adequada que vise a partilha de informação de forma clara e objetiva, adaptada às necessidades e potencialidades da criança e família.</p> <p>Desenvolvimento de espírito de iniciativa perante as oportunidades de aprendizagem nos contextos práticos;</p> <p>Desenvolvimento de capacidade de liderança em situações de especial complexidade;</p> <p>Colaborar nos projetos inerentes ao programa de saúde infantil da USF;</p> <p>Colaborar com a equipa nas ações de educação para a saúde com foco na capacidade parental, caso se justifique;</p> <p>Discussão e análise crítica acerca da intervenção do EEESCJ, inserido numa equipa multidisciplinar, no contexto prática.</p>	<p>crianças (1 mês a 18 anos) (DGS, 2012);</p> <p>Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013);</p> <p>Modelo Calgary de avaliação da família (Wright e Leahey, 2005);</p> <p>Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto;</p> <p>Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé (Figueiredo et al., 2005);</p> <p>Outra bibliografia a designar.</p>
--	---

Avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil	
Atividades	Instrumentos
<p>Pesquisa bibliográfica.</p> <p>Realização de consultas de saúde infantil, mobilizando</p>	<p>Programa Nacional de Saúde Infantil e</p>

<p>conhecimentos acerca do crescimento, desenvolvimento e cuidados antecipatórios conforme indica o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013);</p> <p>Avaliação do desenvolvimento infantil, aplicando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.</p> <p>Avaliação antropométrica da criança.</p> <p>Mobilização de uma comunicação adequada que vise a partilha de informação de forma clara e objetiva, adaptada às necessidades e potencialidades da criança e família.</p>	<p>Juvenil (DGS, 2013);</p> <p>Outra bibliografia a designar.</p>
--	---

Compreender a intervenção da Equipa Local de Intervenção Precoce, nos cuidados de saúde primários, no âmbito da maximização da saúde da Criança com doença crónica	
Atividades	Instrumentos
<p>Reunião com enfermeiro responsável;</p> <p>Participação nas reuniões da equipa local de intervenção (ELI), a decorrer nas primeiras 2ª feiras de cada mês;</p> <p>Identificação das características das crianças e família referenciadas à ELI;</p> <p>Identificação do circuito da criança e família referenciada à ELI;</p> <p>Discussão e análise crítica acerca da intervenção do EEESCJ, inserido numa equipa multidisciplinar, no contexto prática.</p>	<p>Normas e protocolos de atuação;</p> <p>Decreto-Lei n.º 281/2009;</p> <p>Outros a designar.</p>

Alguns documentos a mobilizar:

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros)

PNS, PNSIJ e PNV vigentes (DGS);

Documentos normativos (DGS);

Convenção dos Direitos da Criança (Unicef);

Manual do Aleitamento Materno (Unicef, 2012);

Alguma bibliografia a mobilizar:

American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (9). 691-696. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/112/3/691.full.html>.

Brazelton, T. B. (2009). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença

Brazelton, T.B. & Greenspan, S. (2009). *A Criança e o seu Mundo – Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.

Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.

Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*. 191. 6 -12.

Costa, J. (2004a). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.

Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606.

- Figueiredo M., & Martins M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (3). 552-559. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>
- Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, Raquel; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*. 40. 133-154. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/4717>.
- Figueiredo, M. H. J.S. & Martins, M. M. F. P. S. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 43 (3). 615-621.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria – volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8653 - 8655.
- Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Wright, L., & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A.Davis Company.

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O serviço de **Urgência de Pediatria** do CHLN, E.P.E. foi um dos contextos de estágio selecionados como contributos para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), com foco na capacitação parental inerente à preparação para a alta da criança em programa de diálise peritoneal. Este momento de estágio decorrerá entre os dias 2 e 19 de Dezembro de 2013, aos quais correspondem 75 horas.

Este contexto pelas situações de especial complexidade exige cuidados de enfermagem diferenciados, sendo este um motor de aprendizagem impulsionador do desenvolvimento de competências de EEESCJ, à qual se alia o facto de estar inserido no Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar onde exerço funções.

A doença renal crónica (DRC) não está incluída nas principais doenças na infância, ao nível internacional, no entanto tem vindo a aumentar no nosso país registando-se 170 casos em 2011 (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2011). No ano de 2011, 28 crianças com DRC encontravam-se em programa de diálise peritoneal, 13 das quais seguidas no contexto profissional da autora, inserido num hospital central em Lisboa. Apesar da técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria ser utilizada internacionalmente desde 1976 e de todos os avanços técnicos, a peritonite e a infeção do orifício do catéter continuam no topo das causas de morbilidade e falência da técnica. Segundo os dados não publicados do contexto profissional da autora, unidade pediátrica diferenciada de um hospital central em Lisboa, entre Janeiro de 2011 e Junho de 2012, cinco crianças tiveram onze episódios de peritonite, enquanto 10 crianças tiveram 23 episódios de infeção do orifício de saída do catéter peritoneal. De acordo com Petronilho (2007), a adaptação do papel parental ao contexto está inerente à capacitação da família para cuidar da criança com doença crónica, sendo que o planeamento adequado da alta, com início no momento da admissão, é essencial na redução do tempo de internamento hospitalar e readmissões assegurando a qualidade e continuidade de cuidados e o pleno desenvolvimento infantil. (OE, 2011).

Tendo em conta que o serviço de urgência acolhe, primeiramente, a criança e família em caso de readmissão e o autodiagnóstico das necessidades de

aprendizagem e de desenvolvimento de competências de EEESCJ (Regulamentos n.º 122 e 123/2011), foram delineados os seguintes objetivos específicos, atividades e instrumentos a mobilizar no contexto:

Prestar cuidados de Enfermagem à Criança e Família em situações de especial complexidade	
Atividades	Instrumentos
<p>Reunião com Enfermeira-Chefe e Enfermeiro orientador;</p> <p>Consulta da missão e valores do Departamento de Pediatria do CHLN. E.P.E.</p> <p>Consulta de normas e protocolos de atuação no SUP.</p> <p>Revisão bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos sobre sistema de triagem e a clarificar questões emergentes da prática.</p> <p>Observação participante nos cuidados de enfermagem, ao nível avançado, à criança e família em situações de especial complexidade, desde a admissão até à alta.</p> <p>Mobilização de princípios inerentes à Filosofia de Cuidados Centrados na Família.</p> <p>Mobilização de uma comunicação adequada que vise a partilha de informação de forma clara e objetiva, adaptada às necessidades e potencialidades da criança e família.</p> <p>Mobilização de medidas não-farmacológicas nos procedimentos invasivos, de modo a promover o conforto e minimizar o trauma.</p> <p>Gestão de cuidados e tomada de decisão de</p>	<p>Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) (DGS, 2012);</p> <p>Outra bibliografia a designar.</p>

<p>acordo com os recursos disponíveis, as prioridades de atuação e o método de trabalho vigente.</p> <p>Desenvolvimento de espírito de iniciativa perante as oportunidades de aprendizagem nos contextos práticos (Se possível integrar a equipa do SAV-pediátrico numa situação de especial complexidade).</p> <p>Discussão e análise crítica acerca da intervenção do EEESCJ, inserido numa equipa multidisciplinar, no contexto prática.</p>	
---	--

Contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e Família no contexto de urgência pediátrica	
Atividades	Instrumentos
<p>Reunião com Enfermeira-Chefe e Enfermeiro orientador.</p> <p>Identificação de necessidades de formação da equipa.</p> <p>Revisão bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos sobre diálise peritoneal e a clarificar questões emergentes da prática.</p> <p>Identificação do percurso da criança e família desde a admissão até à alta, no contexto do SUP.</p> <p>Planeamento, execução e avaliação de sessão de formação a pares com vista à sensibilização da equipa de enfermagem para a especificidade da diálise peritoneal e para os cuidados à criança e sua família em contexto de urgência.</p>	<p>Bibliografia a designar.</p>

Alguma bibliografia a mobilizar:

- American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (9). 691-696.
- Basto, M. L. (Org.) (2012). *Cuidar em Enfermagem – saberes da prática*. Coimbra: FORMASAU.
- Cabral, I.; Silva, J.; Zillmann, D.; Moraes, J. & Rodrigues, E. (2004). A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(1). 35-39.
- Caldeira, T.; Santos, G.; Pontes, E.; Dorado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 1 (37). 1-4.
- Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.
- Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*. 191. 6 -12.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2008). *Carta Hospitalar de Pediatria - Documento em discussão*. Acedido em 30-11-2013. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/04/04/cartahospitalarpediatria?r=959>.
- Costa, J. (2004a). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.
- Costa, M. (2004b). A Família com Filhos com Necessidades Educativas Especiais. *Revista Millenium*. 30 (10). 74-100.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Acedido em 10-10-2012. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.

- Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da DGS nº 14/2010, de 14/12/2010. Lisboa: DGS; 2010.
- Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação da DGS nº 24/2012, de 18/12/2012. Lisboa: DGS; 2012.
- Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da DGS nº 22/2012, de 18/12/2012. Lisboa: DGS; 2012.
- Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606
- European Resuscitation Council (2010). Guidelines for Resuscitation 2010. Acedido em 29-11-2013. Disponível em: <https://www.erc.edu/index.php/mainpage/en/>.
- Hallström, I.; Runesson, I. & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 17 (2). 140-148.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (5). 1178-1187.
- Instituto de Apoio à Criança/ Humanização dos serviços de atendimento à criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Mahon, A. & Jenkins, K. (Eds.)(2007). *Doença Renal Crónica (estádios 1-3): Guia para a Prática Clínica*. Switzerland: European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*. 8.53-61.

Newacheck, P.; Strickland, B.; Shonkoff, J.; Perrin, J.; McPherson, M.; McManus, M.; Lauver, C.; Fox, H. & Arango, P. (1998). An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. 102 (7). 117-123.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Acedido em 28-02-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 07-05-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: FORMASAU.

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.

Regulamento n.º 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8653 - 8655.

Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Nefrologia Pediátrica. *Registo Português de IRC pediátrica em Tratamento de Substituição Renal*. Acedido em 02-04-2013. Disponível em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=20>

- Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health & Development*. 36(4). 549–557. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x
- Tong, A.; Lowe, A.; Sainsbury, P. & Craig, J. C. (2008). Experiences of Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Pediatrics*. 121. 349-361. DOI: 10.1542/peds.2006-3470.
- Unicef (1989). *Convenção dos Direitos da Criança*. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>
- Ward, G. (2005). Cuidados renais na Infância e Adolescência. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência.

SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA 5.2.

O serviço de **Pediatria Médica (5.2)** do CHLC, E.P.E. foi um dos contextos de estágio selecionados como contributo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), com foco na capacitação parental inerente à preparação para a alta da criança em programa de diálise peritoneal. Este momento de estágio decorrerá entre os dias 6 a 17 de Janeiro de 2014, num total de 50 horas.

A doença renal crónica (DRC) não está incluída nas principais doenças na infância, ao nível internacional, no entanto tem vindo a aumentar no nosso país registando-se 170 casos em 2011 (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2011). No ano de 2011, 28 crianças com DRC encontravam-se em programa de diálise peritoneal, 13 das quais seguidas no contexto profissional da autora, e 4 seguidas no presente contexto de estágio, ambos inseridos em hospitais centrais em Lisboa. Apesar da técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria ser utilizada internacionalmente desde 1976 e de todos os avanços técnicos, a peritonite e a infeção do orifício do catéter continuam no topo das causas de morbilidade e falência da técnica. Segundo os dados não publicados do contexto profissional da autora, entre Janeiro de 2011 e Junho de 2012, cinco crianças tiveram onze episódios de peritonite, enquanto 10 crianças tiveram 23 episódios de infeção do orifício de saída do catéter peritoneal. De acordo com Petronilho (2007), a adaptação do papel parental ao contexto está inerente à capacitação da família para cuidar da criança com doença crónica, sendo que o planeamento adequado da alta, com início no momento da admissão, é essencial na redução do tempo de internamento hospitalar e readmissões assegurando a qualidade e continuidade de cuidados e o pleno desenvolvimento infantil. (OE, 2011).

Tendo em conta que o presente serviço de pediatria acolhe crianças com doença do foro nefrológico, a autora considera que constitui um contexto promotor de aprendizagem e de contributos para a implementação, no seu contexto de exercício profissional, do programa de preparação para a alta da criança em diálise peritoneal e sua família. Desta forma, não descurando o autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências de EEESCJ (Regulamentos n.º 122 e 123/2011), foram

delineados os seguintes objetivos específicos, atividades e instrumentos a mobilizar no contexto:

Compreender a complexidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e sua Família, na preparação do regresso a casa	
Atividades	Instrumentos
<p>Reunião com Enfermeiro responsável pela diálise peritoneal.</p> <p>Consulta da missão e valores do serviço de pediatria.</p> <p>Consulta de normas e protocolos de atuação referentes à diálise peritoneal.</p> <p>Revisão bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos sobre diálise peritoneal e a clarificar questões emergentes da prática.</p> <p>Acompanhamento da criança com doença renal crónica e/ou em diálise peritoneal e família desde a admissão até à alta, envolvendo a família nos cuidados numa relação de parceria e negociação.</p> <p>Mobilização de uma comunicação adequada ao desenvolvimento da criança e necessidades da família.</p> <p>Observação participante no processo de ensino, instrução e treino da família nas técnicas e cuidados à criança em diálise peritoneal, a manter após a alta hospitalar.</p> <p>Observação/Reflexão sobre os registos de enfermagem no sentido de compreender complicações relacionadas com o processo de ensino, instrução e treino.</p> <p>Identificação e reflexão sobre o método de prestação de cuidados de Enfermagem vigente no serviço.</p> <p>Observação do processo de articulação de cuidados com cuidados de saúde primários ou redes de apoio.</p> <p>Participação na visita domiciliária à criança em diálise</p>	<p>Bibliografia a designar.</p>

peritoneal e família, caso seja possível.	
Colaboração na formação de pares, caso se justifique.	
Discussão e análise crítica acerca da intervenção do EEESCJ, inserido numa equipa multidisciplinar, no contexto prática.	

Alguma bibliografia a mobilizar:

American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (9). 691-696.

Basto, M. L. (Org.) (2012). *Cuidar em Enfermagem – saberes da prática*. Coimbra: FORMASAU.

Cabral, I.; Silva, J.; Zillmann, D.; Moraes, J. & Rodrigues, E. (2004). A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(1). 35-39.

Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.

Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*. 191. 6 -12.

Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2008). *Carta Hospitalar de Pediatria - Documento em discussão*. Acedido em 30-11-2013. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/04/04/cartahospitalarpediatria?r=959>.

Costa, J. (2004a). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.

Costa, M. (2004b). A Família com Filhos com Necessidades Educativas Especiais. *Revista Millenium*. 30 (10). 74-100.

- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Acedido em 10-10-2012. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.
- Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606
- Hallström, I.; Runesson, I. & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 17 (2). 140-148.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (5). 1178-1187.
- Instituto de Apoio à Criança/ Humanização dos serviços de atendimento à criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Mahon, A. & Jenkins, K. (Eds.)(2007). *Doença Renal Crónica (estádios 1-3): Guia para a Prática Clínica*. Switzerland: European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*. 8.53-61.
- Newacheck, P.; Strickland, B.; Shonkoff, J.; Perrin, J.; McPherson, M.; McManus, M.; Lauver, C.; Fox, H. & Arango, P. (1998). An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. 102 (7). 117-123.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Acedido em 28-02-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 07-05-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: FORMASAU.
- Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8653 - 8655.
- Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Nefrologia Pediátrica. *Registo Português de IRC pediátrica em Tratamento de Substituição Renal*. Acedido em 02-04-2013. Disponível em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=20>
- Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health & Development*. 36(4). 549–557. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x

Tong, A.; Lowe, A.; Sainsbury, P. & Craig, J. C. (2008). Experiences of Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Pediatrics*. 121. 349-361. DOI: 10.1542/peds.2006-3470.

Unicef (1989). *Convenção dos Direitos da Criança*. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>

Ward, G. (2005). Cuidados renais na Infância e Adolescência. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência.

UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

No Mundo estima-se que 15 a 30% das crianças tenham uma doença crónica, sendo a prevalência influenciada pela definição de doença crónica mobilizada (Newacheck *et al.*, 1998). A doença renal crónica (DRC) não está incluída nas principais doenças na infância, ao nível internacional, no entanto tem vindo a aumentar no nosso país registando-se 170 casos em 2011 (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2011). No ano de 2011, 28 crianças com DRC encontravam-se em programa de diálise peritoneal, 13 das quais seguidas no presente contexto, inserido num hospital central em Lisboa. Apesar da técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria ser utilizada internacionalmente desde 1976 e de todos os avanços técnicos, a peritonite e a infeção do orifício do catéter continuam no topo das causas de morbilidade e falência da técnica. Face às especificidades da idade pediátrica, a prevenção das infeções constitui um elemento-chave para a qualidade de vida da criança, pelo que os cuidados antecipatórios à alta são determinantes, no ambiente hospitalar, de modo a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio com qualidade (SPP, 2011).

De acordo com a American Academy of Pediatrics (2012) o planeamento da alta de uma criança com doença crónica e dependente de tecnologia deve incidir, entre outros aspetos, na relação de parceria com a família e na capacitação da mesma. Dada a inexistência de um documento orientador na unidade pediátrica, contexto onde a autora exerce funções, foram auscultadas as necessidades da equipa de Enfermagem através de um formulário, sendo que os Enfermeiros reconheceram que o desenvolvimento de um programa de preparação para a alta seria vantajoso para a continuidade de cuidados à criança no domicílio com qualidade, sobretudo ao nível da segurança e capacitação parental e da uniformização de práticas. Associado a este facto, a autora pretende desenvolver uma relação profissional com competência e aperfeiçoamento profissional interligada com o desenvolvimento profissional especializado sustentado por uma prática reflexiva e baseada na evidência (Regulamento n.º 122/2011; OE, 2012). Neste sentido foi delineado o seguinte objetivo, a desenvolver entre 20 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2014, num total de 100 horas:

Elaborar um Programa de preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família, que vise a adaptação e a continuidade de cuidados com segurança e qualidade no domicílio	
Atividades	Instrumentos
<p>Reunião com a equipa coordenadora da diálise peritoneal pediátrica.</p> <p>Apresentação do projeto junto da equipa da Unidade.</p> <p>Consulta da missão e valores do serviço de pediatria.</p> <p>Revisão bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos sobre diálise peritoneal e a clarificar questões emergentes da prática.</p> <p>Elaboração de norma de procedimento relativa aos cuidados de Enfermagem ao orifício do catéter peritoneal.</p> <p>Elaboração do enunciado dos princípios do programa, de acordo com os padrões de qualidade para os cuidados de Enfermagem.</p> <p>Elaboração de um manual de ensino, instrução e treino de diálise peritoneal, com as respetivas <i>guidelines</i>, para consulta da equipa.</p> <p>Elaboração de material informativo de suporte a fornecer às famílias.</p> <p>Divulgação no serviço através de um programa de formação sobre o programa a implementar.</p> <p>Elaboração de registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados, monitorizando complicações relacionadas com o processo de ensino, instrução e treino.</p> <p>Participação na visita domiciliária à criança em diálise peritoneal e família, caso seja possível.</p>	<p>Bibliografia a designar;</p>

Alguma bibliografia a mobilizar:

- American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (9). 691-696.
- Basto, M. L. (Org.) (2012). *Cuidar em Enfermagem – saberes da prática*. Coimbra: FORMASAU.
- Cabral, I.; Silva, J.; Zillmann, D.; Moraes, J. & Rodrigues, E. (2004). A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(1). 35-39.
- Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.
- Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*. 191. 6 -12.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2008). *Carta Hospitalar de Pediatria - Documento em discussão*. Acedido em 30-11-2013. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/04/04/cartahospitalarpediatria?r=959>.
- Costa, J. (2004a). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.
- Costa, M. (2004b). A Família com Filhos com Necessidades Educativas Especiais. *Revista Millenium*. 30 (10). 74-100.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Acedido em 10-10-2012. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.
- Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and

Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606

Hallström, I.; Runesson, I. & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 17 (2). 140-148.

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (5). 1178-1187.

Instituto de Apoio à Criança/ Humanização dos serviços de atendimento à criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Mahon, A. & Jenkins, K. (Eds.)(2007). *Doença Renal Crônica (estádios 1-3): Guia para a Prática Clínica*. Switzerland: European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.

Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*. 8.53-61.

Newacheck, P.; Strickland, B.; Shonkoff, J.; Perrin, J.; McPherson, M.; McManus, M.; Lauver, C.; Fox, H. & Arango, P. (1998). An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. 102 (7). 117-123.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®* . Acedido em 28-02-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 07-05-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: FORMASAU.

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.

Regulamento n.º 123/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8653 - 8655.

Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Nefrologia Pediátrica. *Registo Português de IRC pediátrica em Tratamento de Substituição Renal*. Acedido em 02-04-2013. Disponível em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=20>

Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health & Development*. 36(4). 549–557. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x

Tong, A.; Lowe, A.; Sainsbury, P. & Craig, J. C. (2008). Experiences of Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Pediatrics*. 121. 349-361. DOI: 10.1542/peds.2006-3470.

Unicef (1989). *Convenção dos Direitos da Criança*. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>

Ward, G. (2005). Cuidados renais na Infância e Adolescência. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE III:

Caraterização do serviço de Neonatologia

O serviço de **Neonatologia**, enquadrado no Departamento de Pediatria de um Hospital Central de Lisboa, abrange a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região sul do país.

Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a recém-nascidos (RN) até aos 28 dias de vida. Sendo que as principais causas de internamento estão relacionadas com a prematuridade, asfixia neonatal, síndrome de dificuldade respiratória, sepsis e malformações congénitas.

Em 2012, o serviço de Neonatologia obteve um certificado de qualidade de nível Bom após ser submetido a um processo de Acreditação de Qualidade pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía/DGS*, sendo regido pelos valores inerentes à ética e deontologia profissional; humanização dos cuidados; cuidados centrados na Família; respeito pela individualidade e dignidade da Criança; inovação e partilha de conhecimento.

A área assistencial do serviço de Neonatologia é constituída por três espaços distintos, num total de 22 vagas, nomeadamente cuidados intensivos; cuidados intermédios e pré-saída.

Relativamente ao circuito do RN no serviço, a admissão pode ser efetuada após o nascimento no bloco de partos ou após transferência oriunda dos serviços de obstetrícia, urgência pediátrica ou transporte inter-hospitalar SAV Pediátrico. De acordo com as suas necessidades especiais, o RN pode ser internado nos cuidados intensivos ou nos cuidados intermédios. A sala de cuidados intensivos tem uma lotação de 8 incubadoras e destina-se ao RN em estado crítico ou por prematuridade extrema com instabilidade respiratória e hemodinâmica, idade gestacional inferior a 32 semanas e peso inferior a 1500 gr. Quanto à sala de cuidados intermédios, com lotação de 10 berços ou incubadoras, destina-se ao RN transferido da sala de cuidados intensivos ou ao RN com peso entre 1500-2000g sem necessidade de suporte ventilatório. Quando o RN está em processo de aquisição de autonomia alimentar, com peso superior a 1800g, o serviço dispõe de uma sala com 4 berços denominada pré-saída.

Na área de apoio destaca-se a sala de pais, recentemente criada, sendo um espaço que permite o repouso dos pais tendo uma área individualizada para a extração de leite materno.

A salientar que o serviço dispõe de uma biblioteca com livros diversos sobre cuidados ao bebé e parentalidade para consulta da Família. Nas áreas de acesso às salas existe, ainda, *placards* com relatos de histórias de sucesso oferecidos pelos pais. Além deste facto, também a Comemoração do Dia Mundial da Prematuridade constituem medidas promotoras da Esperança que a equipa de Enfermagem não descursa.

De modo a assegurar a eficácia e eficiência dos cuidados ao RN, a equipa multidisciplinar envolve médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente social, psicóloga, assistentes operacionais e administrativo.

Relativamente à equipa de Enfermagem, dos 38 elementos, 8 dos quais são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, sendo que 2 têm funções de gestão e coordenação no serviço. Os enfermeiros estão distribuídos por 6 equipas, existindo um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria por cada equipa de modo a otimizar a tomada de decisão e a garantir um cuidado eficaz e eficiente sobretudo em situações de especial complexidade. A prestação de cuidados incide no método de Enfermeiro de Referência.

A prática da equipa de Enfermagem tem como fio condutor os princípios inerentes à Filosofia de Cuidados Centrados na Família e ao Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento (NIDCAP®), visível quer na prática de cuidados quer nos registos, em suporte de papel, de Enfermagem. A equipa do serviço revela, também, um investimento na formação especializada, nomeadamente em projetos promotores do desenvolvimento do RN e da adaptação parental. De modo a promover o crescimento e desenvolvimento do RN e o exercício da parentalidade, nomeadamente ao nível dos novos desafios em saúde, a equipa de Enfermagem cumpre as medidas da Iniciativa de Hospital Amigo dos Bebés.

A admissão do RN está relacionada com o acolhimento da Família, normalmente o pai numa fase inicial, dispondo o serviço de um Guia de

Acolhimento. O serviço apesar de consentir o acompanhamento contínuo do RN por parte da Família, não dispõe de condições físicas nem de conforto junto das incubadoras/berços.

A par da complexidade de cuidados prestados ao RN e Família, a equipa de Enfermagem também assegura o rastreio auditivo neonatal, o teste de diagnóstico precoce e a vacinação conforme o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2012). Relativamente à vacinação, a equipa de Enfermagem procede ao registo na plataforma da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Registo Centralizado de Vacinas).

De modo a facilitar a transição para o domicílio do RN e Família, o serviço de Neonatologia realiza visita domiciliária no âmbito da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) desde 2009. Esta atividade realiza-se uma vez por semana, sendo planeada de acordo com as necessidades e com as características do RN/Família (por exemplo prematuridade, risco social, papel parental não adequado). A UMAD surgiu, em 2005, fruto de uma parceria da Fundação do Gil com o Departamento de Pediatria¹ com a finalidade de apoiar no domicílio crianças com doença crónica e respetivas famílias, numa fase de estabilização clínica.

Na preparação do regresso a casa do RN e Família, a equipa de Enfermagem providencia o contacto com os cuidados de saúde primários e o telefonema nas primeiras 72h após a alta, tal como a visita domiciliária.

Quanto à continuidade de cuidados de crianças com doença crónica, a Unidade tem em execução um projeto facilitador da transição do RN e Família para a especialidade médica aquando da alta da Neonatologia. Isto é, perante a necessidade de transferência de cuidados o Enfermeiro de Referência realiza, previamente, com os pais uma visita às instalações apresentando a equipa do serviço de Pediatria Médica.

¹ Inserido neste Centro Hospitalar da área de Lisboa.

APÊNDICE IV:

Guia Orientador para os Pais do Recém-
Nascido

Serviço de Neonatologia
Sessões de Preparação da Alta

GUIA ORIENTADOR PARA OS PAIS



Outubro, 2013

Chegou a hora de levar o seu bebé para casa...Este guia pretende dar-lhe algumas orientações sobre os cuidados a manter em casa para que o seu bebé cresça saudável e feliz. Ser Pai e Mãe é um processo tentativa erro, sendo o carinho e o amor essenciais para o desenvolvimento do seu bebé.

ALIMENTAÇÃO

Aleitamento Materno

O leite materno é o alimento ideal e nutricionalmente completo, uma vez que oferece todos os nutrientes que o bebé necessita nos primeiros 6 meses de vida, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento. O aleitamento materno favorece, ainda, a vinculação mãe-bebé reforçando os laços de afetividade.

O leite materno é de fácil digestão e tem a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebé. O leite materno contém anticorpos que fortalecem o sistema imunitário prevenindo as infeções.

Durante o aleitamento, é importante que o bebé esvazie uma mama e só depois, caso tenha fome, lhe seja oferecida a outra mama. Na mamada seguinte deve alternar a mama.

Alguns sinais de que o bebé ingere quantidade de leite suficiente:

- É possível ver que o bebé enche as bochechas com leite;
- A mama fica mais mole após o aleitamento;
- O bebé fica satisfeito depois de mamar e dorme ou permanece calmo nos períodos entre o aleitamento;
- Urina pelo menos 6 vezes em 24 horas;
- O bebé aumenta de peso.

Caso a mãe tenha ingurgitamento mamário e o bebé não consiga mamar, o leite deve ser extraído manualmente ou com bomba. Quando extrair leite, não esqueça que deve identificar o biberão com a data e hora.

O aquecimento em banho-maria é o ideal para o leite materno.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA			
LEITE RECÊM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máx.	LEITE CONGELADO	Tempo máx.
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas	No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máx.	No congelador (separado Tipo Combi)	3/6 meses
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (0/4°C)	8 dias	Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+6 meses
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (4/10°C)	3/5 dias*	DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máx.
* Se temp. >5°C depois 3.º dia, consumir 6 h seguintes		Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
		Descongelado fora do frigorífico	Imediato

Fonte: Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF.

Aleitamento artificial

No caso de aleitamento artificial, no momento da alta é dada indicação sobre a quantidade e tipo de leite que o bebé irá necessitar. A quantidade de leite pode ser aumentada caso o bebé comece a evidenciar sinais de fome, devendo estar ajustada às suas necessidades de crescimento. Não se deve dar água no intervalo das mamadas.

Até o bebé atingir 3 kg (ou o peso com que nasceu) é aconselhável que ele não tenha períodos de sono superiores a 4 horas para que recupere ou ganhe peso.

Ao preparar o biberão deve:

- Lavar cuidadosamente as mãos e preparar o biberão numa área limpa da cozinha;
- Ferver a água, pode ser água da torneira, durante 5 minutos em recipiente único para esta finalidade. As cafeteiras elétricas não são apropriadas para o efeito, pois não mantêm a fervura;
- Colocar no biberão a quantidade de água morna necessária e só depois colocar o pó doseado com a colher disponível na lata de leite em uso (por cada 30 mL de água adicionar 1 colher rasa de leite em pó). Agitar até que todo o pó esteja diluído;
- Se for necessário aquecer o biberão preparado deve fazê-lo em água quente corrente ou em banho-maria (sem ferver). Evite utilizar o microondas porque não aquece o leite de forma homogénea;
- Testar a temperatura do leite, colocando uma gota no pulso e só depois oferecer ao bebé;
- O leite preparado e aquecido que não for utilizado, deve desperdiçar-se;
- Se quiser, durante a noite, pode deixar os biberões preparados no frigorífico, com uma estabilidade de 24 horas, aquecendo no momento.

Depois da mamada, os biberões devem ser lavados com um escovilhão, utilizado apenas para esse fim, incidindo mais na zona do gargalo e da rosca. As tetinas devem ser lavadas no interior e exterior, de modo a eliminar os resíduos. Enxaguar bem com água quente antes de esterilizar. A esterilização pode ser através de:

- Fervura: biberões (10 minutos) e tetinas/ chupetas (5 minutos) numa panela só para este efeito.
- Vapor no microondas ou outros aparelhos: de acordo com as instruções do fabricante.

O leite deve pingar da tetina e não escorrer de modo a evitar que o bebé se engasgue.

Manobra de Desengasgamento

Colocar o bebé de barriga para baixo sobre o seu antebraço com a cabeça inclinada para baixo, dar duas a cinco pancadas com a mão em concha entre as omoplatas. Se o bebé não começar a chorar, verifique se respira, se não o fizer, repita a manobra.



SONO DO BEBÉ

O bebé deve dormir em cama apropriada (berço ou cama de grades) Se dormir numa cama, as grades devem ter uma altura superior a 60 cm e distância entre elas não deve ser inferior a 6 cm. O colchão deve ser duro e não se recomenda a utilização de almofada.

Nos primeiros 6 meses de vida, o bebé deve dormir no quarto dos Pais.



No primeiro ano de vida, o seu bebé deve dormir entre 14 a 15 horas por dia, num ambiente idealmente calmo e ameno, ou seja, sem ruído, luminosidade ou temperatura desadequadas.

A temperatura do quarto deve ser, idealmente, entre os 18° - 21°C. O sobreaquecimento do bebé é prejudicial, pelo que deve evitar o uso de gorro em casa e adequar a roupa à estação do ano. A roupa de cama deve ser de algodão e adequada, também, à estação do ano.

PREVENÇÃO DO SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LATENTE

O Síndrome de Morte Súbita do Latente (SMSL) é a morte súbita e sem causa aparente do bebê durante o primeiro ano de vida, sendo conhecidas algumas medidas preventivas.

O correto posicionamento do bebê na cama é um dos pontos-chave na prevenção do síndrome de morte súbita do latente.

O bebê deve dormir de barriga para cima com a cabeça lateralizada. Após cada mamada, deve colocá-lo em posição vertical durante alguns minutos, certificando-se que o bebê eructa (arrota).

O decúbito ventral (barriga para baixo) apenas é aconselhado nos períodos em que o bebê e o cuidador estão acordados, de modo a estimular o desenvolvimento dos músculos do pescoço e costas do bebê.

O bebê deve ser deitado no fundo da cama para evitar que escorregue e fique sufocado com os lençóis. Se o seu bebê bolsa habitualmente, pode inclinar o berço a 30°.



Os ambientes com fumo são nocivos ao bebê, devendo evitar-se a exposição do bebê.

O uso de chupeta constitui uma medida preventiva e de conforto, sobretudo nos períodos de sono, mas não se deve forçar caso o bebê a rejeite.

HIGIENE

O banho do bebê deve ser programado para 30 minutos antes da alimentação, prevenindo que bolse. É importante que prepare todo o material antes de despir o bebê, não esquecendo que o ambiente deve estar aquecido (22° - 25°C) e sem exposição a correntes de ar. O banho não deve ser demorado, para evitar que o bebê arrefeça.



A banheira, deve ser colocada numa superfície plana e não deve ter uma altura de água superior a 10 cm. A temperatura da água deve rondar os 36° - 37°C. Independentemente do termómetro não se esqueça de testar a temperatura da água com o pulso antes de colocar o bebê.

Em primeiro lugar, lave os olhos e a cara com água limpa, depois a cabeça e por fim o corpo. Use produtos de pH neutro e seque muito bem sem fricção, especialmente nas pregas cutâneas.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Os acidentes no primeiro ano de vida são frequentes e muitas vezes, têm consequências graves sobretudo devido a quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações. A prevenção é fundamental!

O adulto deve assegurar que o bebé se desenvolve e explora um ambiente seguro, tendo a responsabilidade de assegurar a vigilância e de adotar medidas de prevenção e segurança.

Evite quedas não deixando o bebé sozinho no muda-fraldas ou na cama sem as grades levantadas. A cadeirinha de transporte do bebé não deve ser colocada em bancadas ou mesas, mas sempre em locais seguros como o carrinho. Evite adormecer com o bebé ao colo, quer seja no sofá ou na cama.

Evite queimaduras verificando a temperatura da água do banho e do leite no biberão.

Nunca deixe o bebé sozinho na banheira, nem que seja só para atender o telefone ou a campainha da porta, pelo perigo de afogamento.

De modo a evitar asfixia os brinquedos devem ser de grande dimensão (superior a 32 mm de diâmetro) e a roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé. Evita colocar brinquedos no interior da cama.

Cadeira de transporte

O transporte do seu bebé deve ocorrer, desde que sai da maternidade ou neonatologia, só na presença de um sistema de retenção adequado ao peso e idade, devendo estar corretamente instalado no automóvel com um cinto de 3 pontos ou isofix®.

A cadeira deve estar voltada para trás, no banco de trás idealmente ou na frente com airbag frontal desativado, com inclinação de 45°. Pode adquirir um espelho e instalá-lo na parte de trás do automóvel para que consiga ver a criança pelo retrovisor durante a condução.





A cadeira de transporte deve estar aprovada pelas normas internacionais (R 44/03). Não é aconselhável que o bebé permaneça mais de 2 horas seguidas na cadeirinha de transporte.

PREVENÇÃO DE INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS

As infeções respiratórias até ao segundo ano de vida são frequentes e de acordo com a sua gravidade, podem ter repercussões negativas no crescimento e desenvolvimento do bebé, pelo que a adoção de medidas preventivas é fundamental:

- Lavar sempre as mãos antes de cuidar do bebé;
- Evitar o contacto com pessoas constipadas (sobretudo irmãos em idade escolar), e no caso de os pais estarem constipados, devem colocar uma máscara de proteção durante os cuidados ao bebé;
- Evitar os beijinhos na cara e nas mãos do bebé;
- Evitar a exposição do bebé a ambientes de grande concentração de pessoas (por exemplo centros comerciais) ou locais poluídos com fumo;
- Lavar com frequência os brinquedos, sobretudo se estes forem partilhados com os irmãos;
- Proporcionar o aleitamento materno ao bebé durante o maior período de tempo possível.

VACINAS E VIGILÂNCIA DE SAÚDE

Antes da alta, o seu bebé será vacinado, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, contra a tuberculose (BCG) e contra a hepatite B (VHB). Caso não seja possível fazer as vacinas no hospital (Neonatologia ou Maternidade), estas devem ser realizadas no Centro de Saúde durante o 1º mês de vida.

- BCG: administrada no braço esquerdo. Habitualmente aparece uma lesão papular que pode ulcerar (borbulha com pús) e que desaparece em semanas ou meses originando a cicatriz vacinal. Não se deve mexer, apenas limpar com soro fisiológico e utilizar roupa de algodão ao vestir o bebé.
- VHB: administrada na coxa.

Antes da alta, o bebé poderá ainda fazer a vacina pentavalente (DTPaVIPHib), nomeadamente nos casos de internamento superior a 2 meses.

Durante a primeira semana após a alta, o seu bebé deve ser observado pelo Enfermeiro no Centro de Saúde e Médico Assistente nomeadamente para vigilância de saúde infantil.

ALGUNS PROBLEMAS COMUNS

Cólicas

São espasmos intestinais que resultam da adaptação e desenvolvimento do sistema digestivo do bebé. Manifestam-se, geralmente, com choro inconsolável e o abdómen timpanizado, entre as 6 semanas e os 3 – 4 meses.

Algumas causas prendem-se com: deglutição de muito ar e má pega durante o aleitamento; alimentação muito rápida; excesso de alimentação; fermentação excessiva e produção de gases no intestino.

Para reduzir as cólicas do bebé, os pais podem proporcionar um ambiente calmo e um banho morno para o bebé relaxar.

A mãe que amamenta deve evitar ingerir alimentos que favorecem a formação de gases como, por exemplo, a couve, feijão, grão, favas, lentilhas, milho, fritos e bebidas gaseificadas.

Durante o aleitamento, a mãe devem estar atenta à pega do bebé e colocá-lo a eructar (arrotar) no meio e final da mamada.

A massagem abdominal para alívio das cólicas é uma alternativa eficaz, aliada às medidas anteriores.



*Por exemplo: 1º Sobre o abdómen, movimento pás-de-moinho 6 vezes; 2º Fletir as pernas do bebé e levar os joelhos suavemente na direção da barriga durante 6 a 15 segundos; 3º Fazer os movimentos circulares sol e lua (mão esquerda faz um círculo completo e mão direita, no sentido dos ponteiros do relógio, faz um semicírculo das 7 às 5), repetir 6 vezes; 4º Repetir o segundo movimento. Pode ser realizada 2 a 3 vezes ao dia.

Obstipação

Ocorre frequentemente pela imaturidade do intestino e fraca motilidade. A estimulação com cânula, sem forçar, e a massagem*, num ambiente calmo e

com uso de óleo de bebé ou óleo de amêndoas doces, podem ser medidas eficazes. A administração de clister só deve ocorrer após 24 horas sem presença de fezes na fralda.

Soluços

A sua presença está relacionada com a imaturidade do sistema nervoso e, consequentemente, com o controlo do músculo diafragma. Por vezes, colocar a chupeta ou o bebé na mama ajuda a reverter os soluços.

Obstrução nasal

A instilação de soro fisiológico nas narinas antes da mamada e a limpeza com aspirador nasal (no caso de ter secreções que não consegue expelir) são fundamentais para minimizar ou reverter a obstrução nasal do bebé.

SINAIS DE ALERTA

Perante estes sinais de alerta, os Pais devem recorrer com o bebé ao Centro de Saúde ou contactar o Pediatra ou a *Saúde 24*.

- Recusa alimentar (recusa mais do que uma mamada ou mama muito menos que o habitual em várias mamadas seguidas);
- Gemido;
- Icterícia generalizada;
- Prostração (menos ativo que o habitual);
- Dificuldade respiratória (pele muito pálida ou arroxeadada, respira muito rápido, adejo das asas do nariz, tiragem);
- Febre (temperatura rectal superior a 38° C);
- Vómitos (observar a quantidade, a frequência e o conteúdo).

ALGUNS RECURSOS

Saúde 24 – 808 24 24 24

Centro de Informação Antivenenos – 808 250 143

Associação para a Promoção da Segurança Infantil – www.apsi.org.pt

SOS amamentação – www.sosamamentacao.org.pt

Manual de aleitamento materno - www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf

XXS – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro – www.xxs-prematuros.com

Ass. Grupo Gémeos -www.apfn.com.pt/Boletim/3/associacao_gemeos.htm

UCERN blog – <http://ucern.blogspot.pt>

Associação Portuguesa de Massagem Infantil – www.apmi.org.pt

Direcção-Geral da Saúde – www.dgs.pt

Colaboração de:
Enfermeira Carla Coimbra
(mestranda do 4º CMEESIP, ESEL)

APÊNDICE V:

Caraterização da Unidade de Saúde Familiar

A experiência de estágio no âmbito dos cuidados de saúde primários concretizou-se numa **Unidade de Saúde Familiar (USF)** recente, criada em Outubro de 2010. Esta USF insere-se no Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas sendo abrangida pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta área de abrangência enquadra crianças e famílias de diversas culturas e idiomas, o que constitui um desafio em termos do cuidado de Enfermagem.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007, as *“USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C”* (artigo 3º). Atualmente, a presente USF enquadra-se no modelo B abrangendo 15 656 utentes.

A Missão da USF prende-se com a *“prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos”* (artigo 4º do Decreto-Lei n.º 298/2007). De modo a cumprir a missão e valores preconizados pelo Decreto-Lei referido, a cada Enfermeiro são confiados utentes privilegiando a estrutura familiar sendo notória a prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros (1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria), assistentes operacionais e administrativos. Em 2011, segundo os dados da USF, num total de 15000 de utentes inscritos foram realizadas 3709 consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. Em termos de adesão à vacinação, conforme o Plano Nacional de Vacinação, na população em idade pediátrica a percentagem é elevada (97%).

Os programas de saúde são geridos por um Enfermeiro específico, sendo o programa de saúde infantil coordenado pela EESIP da USF. No âmbito deste programa existe um Guia de Boa Prática, onde se descreve o circuito da criança e as atividades a desenvolver de acordo com a faixa etária. Entre outros aspetos, a USF preconiza a realização do teste de diagnóstico precoce até ao 7º dia de vida; a visita domiciliária ao RN nos primeiros 15 dias de vida; a primeira consulta nas instalações da USF até aos 28 dias de vida; consultas

de vigilância de saúde e exames globais de saúde conforme idades-chave mencionadas no PNSIJ (DGS, 2013).

É notória uma preocupação com a qualidade dos cuidados e a com centralização dos mesmos no binómio Criança-Família, impondo-se uma responsabilidade do profissional na satisfação da Criança e Família, na qualidade organizacional e no desempenho profissional de excelência. Inserido neste programa foi desenvolvido, pela EESIP, um projeto no âmbito da saúde mental na infância, face ao crescente número de crianças com distúrbios ao nível do desenvolvimento emocional.

Os registos de Enfermagem são contemplados no SAPE®, havendo uma preocupação da equipa em manter o plano de cuidados atualizado para a Criança e Família através da identificação de necessidades da mesma e da concretização de atividades que permitam uma adaptação favorável da Criança e Família aos desafios de saúde. No entanto, ainda não está implementado o boletim eletrónico de saúde infantil e juvenil, pelo que o Enfermeiro recorre ao registo escrito no boletim de modo a garantir a continuidade dos cuidados através da transmissão de informação.

Relativamente à Equipa Local de Intervenção (ELI) Precoce adjacente à USF, a coordenação está a cargo de uma Enfermeira Especialista em Reabilitação (EER) na vertente pediátrica. Esta equipa reúne mensalmente, sendo constituída por: 1 Enfermeira Especialista em Reabilitação; 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria; 1 Professora de ensino básico; 1 Educadora de Infância; 1 Terapeuta da Fala; 1 Psicóloga; 1 Assistente Social e 4 Ajudantes familiares. A ELI cumpre as diretrizes do Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro, estando a análise e discussão da Criança referenciada a cargo da equipa multidisciplinar. O circuito da Criança pode ter início no Hospital da área abrangida pela ELI; noutros hospitais; no Médico Assistente; no Centro de Desenvolvimento ou por solicitação da Família.

De acordo com a Coordenadora da ELI, as crianças referenciadas manifestam sobretudo dificuldades ao nível da: socialização e comportamento; linguagem e motricidade.

APÊNDICE VI:

Projeto “Promover a Parentalidade Positiva: a
Criança dos 0 aos 36 meses”



Elaborado por:

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Laurinda Macedo

Enfermeira Carla Coimbra (mestranda do 4º CMEEESIP, ESEL), sob orientação da:

Professora Maria Filomena Abreu de Sousa, ESEL

Odivelas, Novembro/2013

*“Se sou teu bebé, por favor toca-me
Preciso do teu toque de formas que nunca poderás entender.
Não me laves e vistas e me alimentes apenas
Mas embala-me, beija a minha cara e acaricia o meu corpo.
O suave toque da tua mão transmite-me segurança e amor.*

*Se sou tua criança, por favor toca-me
Mesmo se me afasto ou te resisto.
Persiste, encontra maneiras de conhecer as minhas necessidades,
O teu abraço de boa noite adocica os meus sonhos
O teu toque durante o dia diz-me o que sentes por mim.*

*Se sou teu adolescente, por favor toca-me
Não penses que por estar a crescer
Eu não preciso de saber que tu ainda gostas de mim
Eu preciso do teu abraço de amor, eu preciso da tua voz suave
Quando o caminho se torna difícil, a criança que há em mim ainda precisa de ti.*

(...)”

In *Por Favor Toca-me*

Phyllis K. Davis

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EESMO – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

MCAF – Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RPQEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

SAPE® - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. AVALIAÇÃO FAMILIAR:	7
1.2. VINCULAÇÃO E ENVOLVIMENTO EMOCIONAL (ESCALA <i>BONDING</i>):	9
1.3. FOCOS DE ATENÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM:	10
2. METODOLOGIA.....	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2.3. POPULAÇÃO-ALVO	13
2.4. INDICADORES	14
2.5. EXECUÇÃO:	18
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
4. BIBLIOGRAFIA.....	21

Anexos:

ANEXO I	Grelha de avaliação familiar adaptada.
ANEXO II	Escala <i>Bonding</i> e Artigo científico.
ANEXO III	<i>Check-list</i> de conhecimentos e habilidades parentais.
ANEXO IV	Algoritmo e plano de intervenção.
ANEXO V	Proposta de livros a adquirir para o Cantinho Lúdico da Leitura.
ANEXO VI	Questionário de avaliação do projeto.
ANEXO VII	Recomendação do Conselho Europeu para uma Parentalidade Positiva (2006).
ANEXO VIII	Modelo <i>Touchpoints</i> : princípios e pressupostos.
ANEXO IX	Artigo: “Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade”.
ANEXO X	Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.
ANEXO XI	Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume 1 (Capítulo: “Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos”)

INTRODUÇÃO

Tendo como premissa que a família constitui um elemento-chave num sistema de prestação de cuidados de saúde humanizado e eficaz, a equipa da | considerou pertinente elaborar um projeto de intervenção de Enfermagem no âmbito da promoção da parentalidade positiva, desde o nascimento até aos 36 meses de vida da criança, de modo a colmatar algumas necessidades demonstradas pela população abrangente nas consultas de vigilância de saúde. Este projeto enquadra-se, assim, na missão da USF, “prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita (...), garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Artigo 4º - Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Setembro), estando adaptado à singularidade dos membros da família, em que o Enfermeiro, numa relação de ajuda e proximidade, intervém como facilitador e promotor de um exercício de parentalidade positiva e, conseqüentemente, na maximização do crescimento e desenvolvimento da criança.

O projeto emerge na sequência da necessidade de implementação de um programa de ensino, instrução e treino¹ sobre competências parentais, estruturado em torno de temáticas como comunicação entre a criança e os pais/família ou outro cuidador; importância das histórias no desenvolvimento infantil; imposição de regras e limites, a importância dos elogios, dos afetos e do brincar na estimulação e aquisição da linguagem e da criatividade.

A intervenção no âmbito da parentalidade positiva, crucial nos primeiros três anos de vida da criança, constitui um desafio para a prática de enfermagem especializada em saúde infantil e pediatria uma vez que exige uma abordagem a partir das potencialidades e necessidades da criança e família, com foco na capacitação parental, no envolvimento pais-filho e na otimização do desenvolvimento infantil (Lopes; Catarino & Dixe, 2010).

Pretende-se que o projeto decorra, num período mínimo de 3 anos, em duas fases, numa primeira abordagem prevê-se visitas domiciliárias semanais durante o 1º mês

¹ Ensino: “forma de informar de forma sistematizada sobre um tema”; Instrução: “forma de ensinar, dando informação sistemática sobre como fazer”; Treino: “forma de instruir para desenvolver competências” (CIPE®2 - OE, 2010a).

da criança e numa segunda fase, até aos 36 meses de vida da criança, visitas domiciliárias conforme a avaliação familiar e as idades-chaves de vigilância de saúde infantil descritas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

Ressalta-se ainda que a referência, durante todo o projeto, a pais ou família respeita ao principal cuidador da criança.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parentalidade constitui um acontecimento de vida gratificante e de grande felicidade, sendo uma responsabilidade desafiante. Neste sentido, importa que exista uma política de apoio reconhecedora da importância das responsabilidades parentais, favorecendo suporte à família para que eduque assertivamente a criança e promova o desenvolvimento e crescimento da mesma num ambiente seguro (Fundação Brazelton/Gomes-Pedro, 2013; Council of Europe, 2009). Algumas medidas de apoio à família, no âmbito da parentalidade positiva, prendem-se com a promoção de estilos de vida adequados e comportamentos potenciadores de saúde; prevenção da exclusão social da criança e família; e conciliação da vida familiar com a vida profissional (Council of Europe, 2009).

Na procura pela excelência do exercício profissional do Enfermeiro, o presente projeto tem uma estreita ligação com a promoção de saúde, uma vez que o EESIP, coordenador do projeto, apoia a criança e família na otimização da vinculação e do desenvolvimento infantil, criando “oportunidades para trabalhar com a família e criança” e fornecendo “informação orientadora dos cuidados antecipatórios dirigida às famílias” (OE, 2011, p.7). Segundo a Carta de Ottawa (1986), o exercício profissional que vise a promoção da saúde, ao nível da capacitação parental, consiste no “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio” (p.1).

Ao longo dos tempos, a família tem sido conotada com uma multiplicidade de definições, o que torna a definição do conceito imprecisa e variável de autor para autor. Na perspectiva de Colaço (1993) família define-se como o “sistema natural mais importante na vida dos indivíduos, espaço privilegiado de suprimento de necessidades básicas, de mediação entre o indivíduo e o meio” (cit. por Marinheiro, 2002, p. 21), o que lhe permite assegurar a interajuda, o bem-estar físico, mental e social, bem como o desenvolvimento biopsicossocial dos membros (Hanson, 2005). No seio familiar, a criança desenvolve a sua capacidade de autonomização e socialização, através da partilha de emoções, de afetos e de vivências resultantes do convívio entre os seus membros. De acordo com a Convenção dos Direitos da Criança, criança é todo o Ser humano menor que 18 anos” (UNICEF, 1989, p.6) que, pela sua vulnerabilidade, é elemento constituinte de um grupo prioritário que exige um empenho e disponibilidade especiais por parte dos profissionais de saúde. A criança, “(...) para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão” (UNICEF, 1989, p. 3). Neste sentido, promover a parentalidade tem uma especial pertinência, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários, pela intervenção na capacitação parental nos cuidados à criança e nas tomadas de decisão e pela deteção e apoio de crianças em situações de risco.

O termo parentalidade tem diversas definições, no entanto, Hoghughi (2004) define-a como o conjunto de *“atividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança”* (p. 5), num ambiente seguro que vise a socialização e autonomia da criança. A CIPE®2, por sua vez, afirma que parentalidade consiste em “assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças (...)”. (OE, 2010a). A consciência de que cuidar e educar uma criança não constituem tarefas inatas, remete para o esforço necessário na adaptação à singularidade de cada criança e ao exercício da parentalidade, influenciado pelos diferentes contextos familiares e sociais. Deste modo, o papel parental concretiza-se, por um lado, em função das necessidades específicas dos filhos e, por outro, na

motivação para corresponder positivamente às expectativas familiares e sociais atribuídas aos pais (Relvas, 2000).

No Plano Nacional de Saúde vigente (DGS, 2012) considera-se, como etapa do ciclo de vida, o período pós-neonatal até aos 9 anos de idade, denominado “*crescer com segurança*”, sendo que esta etapa envolve importantes períodos do desenvolvimento infantil. Neste documento, um dos objetivos prende-se com a promoção de contextos favoráveis à saúde, defendendo que “há evidência de benefício para a saúde, a longo prazo, através de intervenções a nível da promoção das relações parentais” (DGS, 2012, p.5), pelo que é essencial a promoção de ambientes adequados para prevenir a mortalidade e morbilidade infantil. Os ganhos em saúde na infância têm adquirido um maior relevo ao longo dos anos, tornando-se uma prioridade o apoio e a detecção de crianças em situações de risco. De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013), os profissionais de saúde vem “apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais” (p. 10), avaliando a dinâmica e a rede de apoio sociofamiliar no sentido de despistar interferências ao plano crescimento e desenvolvimento da criança. Como uma das linhas-mestras do PNSIJ (DGS, 2013) surge “a valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e protecção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios em saúde” (p. 7). Para tal, importa que os profissionais atuem em equipa e se articulem entre si respondendo às situações de complexidade, quer no âmbito da saúde quer no âmbito social e educativo.

O conceito de parentalidade positiva prende-se com o comportamento parental baseado no Superior Interesse da Criança e nos direitos da mesma, que tem como finalidade assegurar a satisfação das necessidades básicas e a protecção da criança num ambiente seguro que promova o seu desenvolvimento e valorize a sua individualidade e autonomia (Council of Europe, 2009). O exercício da parentalidade positiva exige um compromisso entre pais-criança, no sentido em que os pais estabelecem limites e regras, num ambiente isento de violência, que otimize o desenvolvimento da criança reforçando as suas potencialidades e respeitando os seus direitos (Council of Europe, 2009). Neste âmbito o Council of Europe (2009)

defende que os pais, num exercício de parentalidade positiva, devem propiciar às crianças *sustento; estrutura e orientação; empowerment e autonomia; e educação não-violenta*, isto é, com base numa disciplina assertiva.

A implementação de alguns programas, como o *Early Star* ou o *Parenting Education Program*, evidencia um impacto positivo na comunidade pela promoção das competências parentais através da educação (Lopes, Catarino & Dixe, 2010). Entre os benefícios destacam-se a melhoria ao nível dos conhecimentos parentais; da prestação de cuidados à criança: do envolvimento emocional pais-criança; da aquisição de habilidades específicas e da prevenção de perturbações emocionais e comportamento (Lopes, Catarino & Dixe, 2010). O exercício da parentalidade positiva prevê, assim, uma adaptação à função do papel e um processo de ensino, instrução e treino de habilidades cruciais à tomada de decisão parental e à continuidade dos cuidados à criança com autonomia, segurança e responsabilidade.

No âmbito da saúde infantil a promoção da parentalidade positiva está intimamente ligada à filosofia de cuidados centrados na família, uma vez que é imprescindível reconhecer que os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos e estabelecer uma relação de parceria com a família (Casey, 1993). O envolvimento parental e a sua capacitação, inerente à promoção da vinculação e das competências parentais, constituem uma intervenção pertinente ao nível dos cuidados de saúde primários de modo a maximizar a saúde da criança e família, sobretudo se tiver em conta a metodologia de prestação de cuidados por Enfermeiro de referência na USF. Isto é, o Enfermeiro de família constitui um elemento de referência na equipa multidisciplinar para a família, procurando desenvolver uma intervenção de proximidade com a criança e família sobretudo através da visita domiciliária, considerando que a coordenação do projeto respeita a um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP). Numa ótica de prestação de cuidados que vise as necessidades do ciclo de vital da família e do desenvolvimento da criança, o enfermeiro de família ou o EESIP ensina, instrui e treina a criança e a família mas, também guia e aconselha, estabelecendo uma relação diferente com a criança e família. O enfermeiro identifica os problemas da criança/família e planifica, em parceria, intervenções com base numa relação de confiança e de disponibilidade para ouvir, observar e aceitar a criança e família (Costa, 2004).

Desta forma, prevê-se a promoção da vinculação pais-criança, num ambiente de afecto e segurança, garantindo o pleno crescimento e desenvolvimento da criança inerente ao adequado exercício das responsabilidades parentais.

1.1. Avaliação familiar:

De acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 1989), a família consiste no “elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças (...)” (p.3). Sendo da responsabilidade dos pais, ou de outros cuidadores, assegurar as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança, através de um ambiente socioeconómico adequado (UNICEF, 1989).

Perante a avaliação e intervenção na família, importa que o Enfermeiro tenha presente os estágios do ciclo de vida familiar propostos por Duvall (1957), que vão desde a união familiar até à reforma, sendo os estágios: casal sem filhos; família com filho recém-nascido; família com crianças em idade pré-escolar; família com crianças em idade escolar; família com filhos adolescentes; famílias com filhos jovens adultos; casal em meia-idade; envelhecimento (Fiamenghi & Messa, 2007). Considerando as famílias com filhos recém-nascido ou em idade pré-escolar, as tarefas inerentes ao ciclo de vida familiar, segundo Duvall (1957), passam pela adaptação da família às necessidades da criança e exigências do seu desenvolvimento, no sentido da sua estimulação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (Fiamenghi & Messa, 2007).

No âmbito da promoção da parentalidade positiva, a intervenção de enfermagem tem como foco a capacitação parental nos estágios iniciais do ciclo de vida familiar ao nível do desenvolvimento de competências que otimizem a adaptação aos desafios em saúde. Neste sentido, importa mobilizar o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), alicerçado nas potencialidades da família e na resiliência, de modo a compreender a família numa ótica multidimensional e dinâmica, que engloba três dimensões: estrutural; de desenvolvimento; e funcional (Wright & Leahey, 2009).

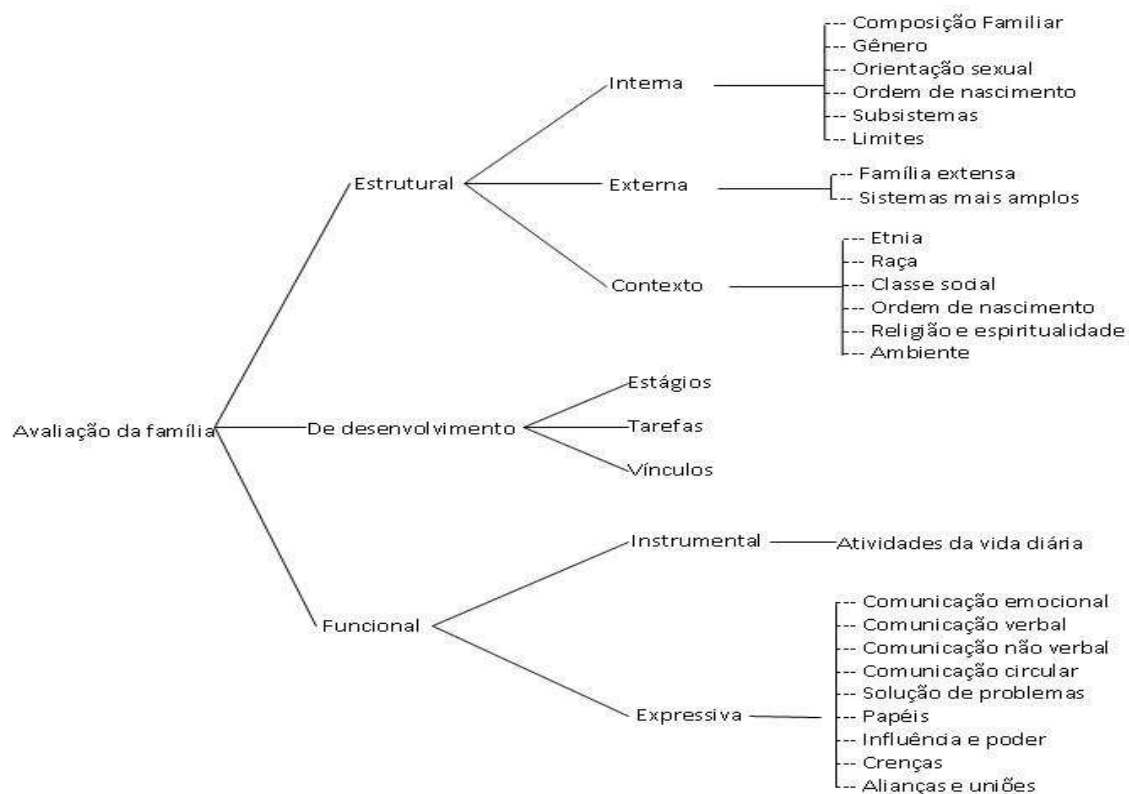


Figura 1: Diagrama do Modelo Calgary de Avaliação da Família (Wright & Leahey, 2009).

Do ponto de vista do desenvolvimento, perante uma família com filhos recém-nascidos ou em idade pré-escolar, a intervenção de Enfermagem centra-se na vinculação e no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades através de cuidados antecipatórios que visem a capacitação parental e o consequente crescimento e desenvolvimento da criança (Figueiredo & Martins, 2010). Neste sentido, surge um instrumento de avaliação familiar (Anexo I), ao nível das três dimensões e adaptado do MCAF.

A avaliação familiar prevê, ainda, a identificação de fatores protetores optimizadores do desenvolvimento infantil, sendo eles parentais; comunitários e sociais (DGS, 2005).

Fatores protetores parentais: envolvimento emocional pais-criança; resposta adequada às necessidades físicas e emocionais da criança, seja através de cuidados parentais ou de expressão e reflexão emocional.

Fatores protetores comunitários: apoio da família alargada e comunidade.

Fatores protetores sociais: condições socioeconómicas e habitacionais da família; acesso a serviços de saúde e educação.

1.2. Vinculação e envolvimento emocional (escala *Bonding*):

A vinculação consiste numa “*ligação emocional recíproca e duradoura entre o bebé e a figura parental, em que cada um contribui para a qualidade da relação (...) tem um valor adaptativo para o bebé assegurando-lhe que as suas necessidades psicossociais e físicas são satisfeitas*” (Papalia, Olds & Feldman, 2001, p. 245). Neste sentido, ao promover o exercício da parentalidade positiva, é esperado que os pais consigam ter perceção das potencialidades e necessidades da criança, demonstrando carinho, respeito e afeto e interagindo com a criança nas suas atividades. Nas crianças dos 0 aos 36 meses, é fundamental que os pais consigam “interpretar e responder às necessidades da criança com autenticidade e sincronia” (Lopes, 2012, p.110). A segurança da vinculação resulta de um equilíbrio entre as características da personalidade dos pais e bebé, o comportamento e a responsividade um ao outro. No entanto, também a atitude parental, em termos de interação mútua, atitude positiva, calor humano, aceitação, estimulação e apoio emocional, constitui uma peça crucial no puzzle da parentalidade positiva (Papalia, Olds & Feldman, 2001). O desenvolvimento adequado da criança, ao nível psicomotor e social, sofre influência da competência parental nos cuidados à criança e da adequada vinculação pais-bebé (DGS, 2005).

O envolvimento emocional da mãe com o bebé tem sido descrito como um processo de adaptação mútua, que se estabelece gradualmente desde os momentos iniciais de contacto entre a mãe e o bebé e nos quais interferem várias dimensões de origem biológica, psicológica e sociocultural, que se referem não só à mãe, mas também ao pai e ao bebé (Figueiredo *et al.*, 2005). O envolvimento emocional

positivo tem benefícios para a criança, também, a longo prazo uma vez que o desenvolvimento infantil das crianças e a sua socialização ocorrem por processo de imitação ou de adoção de um modelo parental, segundo Klaus e Kennell (1992 cit. por Figueiredo *et al.* 2005). Estes autores, Klaus e Kennell, em 1976, introduziram o termo *bonding* para denominar um processo interativo, que se intensifica ao longo do primeiro ano de vida da criança e que constitui um “vínculo único, específico e duradouro, que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e o recém-nascido” (Figueiredo *et al.*, 2005, p. 134).

A escala *bonding* constitui a versão portuguesa alargada da *Mother-Baby Bonding Questionnaire*, tendo uma especial importância neste projeto visto que permite avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé no seu primeiro mês de vida. Este instrumento é constituído por 12 itens de autorrelato, referentes à intensidade e presença de emoções parentais relativamente ao bebé, estando dividido em 3 subescalas (positivo, negativo e not clear). Sendo a escala tipo *Lickert*, varia da pontuação 0 à pontuação 3, o resultado advém da pontuação das emoções (Figueiredo *et al.*, 2005). A escala e o respetivo artigo científico são disponibilizados no anexo II.

De modo a complementar o instrumento de avaliação familiar (anexo I) no âmbito da dimensão do desenvolvimento, foram inseridos conceitos inerentes à escala *bonding* de modo a avaliar a vinculação pais-bebé.

1.3. Focos de atenção e intervenção de Enfermagem:

Este projeto, enquanto promoção de uma parentalidade positiva, prevê o superior interesse da criança e o seu crescimento e desenvolvimento num ambiente seguro. De modo a promover a vinculação e a facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades parentais para a promoção da saúde e desenvolvimento da criança, a intervenção de Enfermagem deve ter em conta os seguintes focos de atenção: capacitação dos pais; comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança; interação pais-criança positiva; segurança e saúde da criança; disciplina positiva e construção de capital social (Lopes; Catarino & Dixe, 2010).

Capacitação dos pais para a parentalidade: relaciona-se com a adoção de comportamentos positivos e com a aquisição de conhecimentos e habilidades necessários aos cuidados parentais à criança com segurança, responsabilidade e competência. Esta capacitação parental deve resultar de uma intervenção com base na parceria de cuidados de modo a permitir a tomada de decisão e o desenvolvimento da parentalidade.

Comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança: os pais devem ter conhecimentos das estratégias promotoras de desenvolvimento e de sinais de alerta, de modo a monitorizarem no domicílio recorrendo aos serviços de saúde para os rastreios regulares. Deve ter-se em conta as características do ambiente, de modo a evitar ambientes hiperestimulantes ou de risco.

Interação pais-criança positiva: a vinculação segura estabelecida numa fase inicial é fundamental para o desenvolvimento da parentalidade e, consequentemente, para o desenvolvimento da criança. Segundo a teoria da vinculação proposta por Bowlby, a qualidade da vinculação da criança com os pais influencia a interação com os pares (Torres, Santos & Santos, 2008). As estratégias predem-se com a promoção da vinculação e da sensibilização e resposta parental às necessidades da criança com afeto.

Segurança e saúde da criança: as estratégias a desenvolver têm em conta os cuidados antecipatórios mencionados no PNSIJ (DGS, 2013), valorizando a resposta positiva dos pais às necessidades físicas e emocionais da criança, sobretudo ao nível da alimentação, sono, atenção e brincar. De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013), para o exercício da parentalidade positiva inerente à capacitação parental promotora do desenvolvimento infantil, o Enfermeiro no seu exercício profissional deve enfatizar os cuidados antecipatórios referentes à idade da criança, valorizando as necessidades e potencialidades da criança/família. Considerando este documento (DGS, 2013), as temáticas inerentes ao desenvolvimento de competências parentais, num processo de ensino, instrução e treino, a abordar nos três primeiros anos de vida da criança consistem em: alimentação; cuidados de higiene e vestuário; sono e vigília; eliminação vesical e intestinal; desenvolvimento infantil; envolvimento emocional pais-filho; segurança e prevenção de acidentes; vigilância de saúde e vacinação. Neste sentido, as intervenções de Enfermagem preveem a

articulação das diretrizes do PNSIJ com os focos de intervenção inerentes ao papel parental e ao desenvolvimento infantil disponibilizados no SAPE®.

Disciplina positiva: no âmbito da parentalidade positiva, o desenvolvimento de confiança e autoestima da criança resulta de uma disciplina assertiva, defendendo-se o estabelecimento de rotinas e limites para promover o desenvolvimento da criança, evitando a punição. Perante a pertinência da disciplina assertiva e comunicação, num ambiente seguro em termos físicos, sociais e emocionais, o Council of Europe (2009), recomenda a disciplina assertiva como uma forma de educar e comunicar com a criança numa atitude compreensiva e compassiva sem o recurso à violência ou castigos corporais, dando ênfase ao estabelecimento de rotinas que vão ao encontro das necessidades das crianças, particularmente no que se refere à segurança, ao afeto e à estimulação. De acordo com Wright e Leahey (2009), o envolvimento emocional pais-criança e a segurança são aspetos cruciais no desenvolvimento e socialização da criança.

Construção de capital social: a realização do ecomapa, na avaliação inicial, assume um papel especial neste foco de atenção, uma vez que permite identificar recursos de suporte na família alargada ou comunidade e, assim, apoiar a família na mobilização e otimização desses recursos.

De modo a maximizar a saúde da criança potenciando o seu desenvolvimento num ambiente familiar seguro e harmonioso, a intervenção de Enfermagem visa uma atitude empática em que o fluxo de comunicação não seja unidirecional. A mobilização de alguns princípios do Modelo *Touchpoints* (Anexo IX) constitui uma mais-valia, nomeadamente pela valorização da relação com os pais e da paixão parental face à criança; a promoção da mestria parental, mas também o recurso ao comportamento da criança como linguagem (Fundação Brazelton/Gomes-Pedro, 2013). Este modelo, centrado na criança e família, “visa potenciar a competência parental na construção da relação pais-filhos e criar uma aliança entre os pais e os profissionais que fazem parte do seu sistema” (Fundação Brazelton/Gomes-Pedro, 2013).

A intervenção de enfermagem visa, ainda, em termos do funcionamento familiar, os domínios cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2009).

2. METODOLOGIA

2.1. Objetivo Geral

Desenvolver medidas de suporte que fortaleçam a capacidade e as competências dos pais/família para preservarem o ambiente familiar e as condições necessárias e adequadas com vista à promoção da parentalidade positiva inerente ao pleno desenvolvimento da criança em situações de especial complexidade.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar os conhecimentos parentais sobre o desenvolvimento infantil e as estratégias promotoras.
- Identificar fatores protetores da criança e família que contribuem para o exercício da parentalidade positiva no contexto de visitação domiciliária.
- Identificar fatores na criança e família que influenciem negativamente o exercício de uma parentalidade positiva.
- Promover o envolvimento emocional pais-criança.
- Intervir na capacitação parental em termos de conhecimentos e habilidades inerentes ao desempenho do papel parental.
- Orientar a família sobre estratégias promotoras do desenvolvimento infantil, num ambiente seguro.

2.3. População-alvo

Pais de crianças dos 0 aos 36 meses inscritas na USF Ramada, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Crianças em situação de risco socioambiental;
- Crianças com doença crónica;
- Mães e/ou pais adolescentes;

- Famílias monoparentais;
- Pais ou famílias com história de consumos aditivos;
- Papel parental comprometido identificado em consultas de vigilância;
- Referência de indicadores de risco através da consulta de saúde infantil ou de recursos na comunidade.

2.4. Indicadores

Os objetivos propostos anteriormente tiveram em conta os padrões de qualidade propostos pela Direção-Geral da Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem disponível no Anexo XI), no entanto, aos objetivos está inerente um modo de avaliação dos mesmos. A definição de indicadores de avaliação surge, assim, com indicadores ao nível individual (criança e família) e institucional.

2.4.1 Indicadores individuais:

Atividades	Recursos	Indicadores
Realização de avaliação inicial sobre os conhecimentos e habilidades parentais.	Enfermeiro Pais Consulta de saúde infantil (USF) <i>Check-list</i> de conhecimentos e habilidades parentais SAPE®	Número de pais/famílias capaz de identificar dificuldades nos cuidados parentais. Número de pais/famílias capaz de identificar potencialidades nos cuidados parentais.
Identificação de fatores protetores da criança. Incentivo ao bem-estar da família,	Enfermeiro Pais Criança	Número de indivíduos, na rede familiar ou comunidade, que suporte e facilite a

<p>mobilizando recursos de suporte social, espiritual, entre outros.</p> <p>Avaliação do desenvolvimento infantil segundo as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012).</p>	<p>Domicílio.</p> <p>Grelha de avaliação familiar adaptada a preencher pelo enfermeiro.</p> <p>SAPE®</p>	<p>intervenção na promoção de competências parentais.</p> <p>Modo como se processa a articulação entre a equipa e a rede de suporte.</p>
<p>Identificação de fatores que afetam negativamente o desenvolvimento da criança.</p> <p>Avaliação do desenvolvimento infantil segundo as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012).</p>	<p>Enfermeiro Pais Criança</p> <p>Domicílio</p> <p>Grelha de avaliação familiar adaptada a preencher pelo enfermeiro.</p> <p>SAPE®</p>	<p>Número de indivíduos no agregado com consumos aditivos no início e final da intervenção.</p> <p>Número de casos de violência doméstica no início e final da intervenção.</p> <p>Adequação das condições habitacionais às necessidades da criança no início e fim da intervenção.</p>
<p>Promoção do envolvimento emocional pais-criança.</p> <p>Adoção de medidas facilitadoras da comunicação expressiva de emoções dos pais.</p>	<p>Enfermeiro Pais Criança</p> <p>Domicílio</p> <p>Entrevista de ajuda.</p> <p>Escala <i>Bonding</i> a preencher pelos pais de recém-nascido, no início da intervenção.</p> <p>SAPE®</p>	<p>Número de casos de envolvimento emocional positivo, negativo e neutro no início da intervenção.</p>
<p>Implementação de medidas optimizadores do papel parental através de: comunicação de necessidades dos pais no desempenho do papel parental efetivo; disponibilização de material</p>	<p>Enfermeiro Pais Criança</p> <p>Consulta de saúde infantil (USF)</p>	<p>Número de pais/famílias com mudanças nos cuidados parentais em termos de habilidades e competências.</p>

de leitura. Utilização de reforços positivos à família.	Domicilio <i>Check-list</i> de conhecimentos e habilidades parentais o início e fim da intervenção Guias de orientação para os pais. SAPE®	
Implementação de medidas de orientação da família através do processo de ensino, instrução e treino. Ensino, instrução e treino dos pais sobre: desenvolvimento infantil (características, comportamento esperado; estratégias promotoras de autonomia e desenvolvimento da criança); necessidades emocionais da criança (disciplina, afeto, segurança, autoestima, autonomia); necessidade de estabelecer rotinas e limites para a criança (regras firmes e consistentes, exemplos positivos). Utilização de reforços positivos à família pela procura de comportamentos de saúde.	Enfermeiro Pais Criança Domicílio Plano de intervenção individualizado. Guias orientadores para os pais. Questionário de avaliação do projeto. SAPE®	Número de pais/famílias com mudanças nos cuidados parentais em termos de habilidades e competências. Avaliação do projeto no final. Avaliação do enfermeiro no final.

2.4.2. Indicadores da instituição:

- *Acessibilidade*: neste projeto existem critérios de inclusão definidos anteriormente;
- *Produtividade*:

Proposta: taxa de referenciação 100%

Nº total de crianças/famílias referenciadas x 100

Nº total de crianças/famílias seguidas no projeto

- *Eficiência:*

Proposta: satisfação da população-alvo 90%

número de utentes satisfeitos x 100

número de pais no projeto

O indicador será calculado com base na análise do seguinte quadro:

Projeto de intervenção				
	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Temas abordados				
Correspondência dos temas abordados com as suas expectativas.				
Pertinência dos temas para a vivência da maternidade e/ou paternidade				
Pertinência dos temas para o desenvolvimento da criança				
Distribuição do tempo por temas				

A avaliação da intervenção de Enfermagem é realizada pelos pais/família incluídas no projeto, segundo os critérios do seguinte quadro:

Intervenção do Enfermeiro				
	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Motivação				
Disponibilidade				
Domínio dos temas				
Tipo de linguagem				
Relacionamento com a criança				
Relacionamento com a família				
Encorajamento dado aos pais				

2.5. Execução:

O projeto prevê uma fase de seleção e análise das crianças e famílias a intervir, ou seja, identificação da população-alvo e, conseqüentemente, uma segunda fase que corresponde à intervenção de enfermagem no contexto de visita domiciliária.

Na primeira fase, a decorrer em Janeiro e Fevereiro de 2014, serão aplicados questionários de autoavaliação de envolvimento emocional pais-bebé, apenas em casos de recém-nascido (Anexo II), e de conhecimentos e habilidades por parte dos pais de crianças entre os 0 e os 36 meses, em termos de desenvolvimento infantil e cuidados parentais (Anexo III). Está previsto que este processo decorra em contexto de consulta de vigilância de saúde infantil, a todas as crianças e famílias que sejam identificadas através do instrumento de avaliação diagnóstica aplicado pela Enfermeira de Família.

De modo a facilitar a proximidade e a acessibilidade, a execução de visita domiciliária previamente planeada com a família prevê-se como o principal modo de execução do projeto, uma vez que permite avaliar o ambiente em que a criança se desenvolve e, assim, perspetivar mudanças adaptativas e optimizadoras do desenvolvimento infantil. De acordo com o PNSIJ (2013), a visita domiciliária constitui um “elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como *de risco*” (DGS, 2013, p. 7).

O planeamento, execução e avaliação de visitas domiciliárias tem uma previsão de 10 sessões, tendo em conta as idades-chave definidas pelo PNSIJ e a situação sociofamiliar da criança.

1º mês de vida da criança: visitas semanais;

1º mês – 36 meses: visitas planeadas conforme a situação sociofamiliar e o estadio de desenvolvimento infantil, nomeadamente aos 2 meses de vida; 4 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses; 15 meses; 18 meses; 2 anos e 3 anos.

Em termos temporários, prevê-se uma fase de análise e planeamento; uma de execução; e outra de avaliação do projeto, conforme se visualiza no seguinte cronograma:

[illegible]

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da saúde da criança e do jovem, a parentalidade constitui um foco de intervenção de enfermagem pertinente uma vez que visa a maximização da saúde da criança capacitando os pais para o exercício de um papel parental adequado, em termos físicos, emocionais e sociais.

Promover a vinculação, o cuidado parental, a educação e o desenvolvimento da criança constituem tarefas nem sempre fáceis para a família, pelo que é crucial que o Enfermeiro desenvolva um processo de intervenção ensino, instrução e treino não descurando o reforço positivo. Ao trabalhar as necessidades e potencialidades da criança e família pretende-se que este projeto dê visibilidade ao cuidado de enfermagem na sua verdadeira essência, reduzindo o número de crianças/famílias com o diagnóstico de parentalidade comprometida.

Relativamente a sugestões que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados com a implementação do projeto, considera-se que a criação do Cantinho da Amamentação, em parceria com a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, e do Cantinho Lúdico da Leitura na sala de espera, em parceria com o projeto já implementado “Ler Dá mais Saúde”, seriam mais-valias para as crianças e famílias inscritas na USF.

4. BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T. Berry (2009). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.
- Council of Europe (2009). *Positive Parenting: report on the follow-up to the 28th Conference of European Ministers responsible for Family Affairs (Lisbon, 2006)*. Acedido em 13-11-2013. Disponível em: [http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/EMMF-XXIX-\(2009\)_1_Positive%20Parenting_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/EMMF-XXIX-(2009)_1_Positive%20Parenting_en.pdf).
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República I Série, N.º 161 (22-08-2007). 5587-5596.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Acedido em 10-11-2013. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Acedido em: 25-11-2013. Disponível em: www.dgs.pt/...saude.../pub-saude_mental_e_gravidez_folheto_dgs_2005.

- Fiamenghi, G.A. & Messa, A.A. (2007). Pais, Filhos e Deficiência: Estudos sobre as Relações Familiares. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 27 (2). 236-245.
- Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, R.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*. 40. 133-154.
- Figueiredo, M. & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 9 (3). 552-559.
- Fundação Brazelton/Gomes-Pedro. *Modelo touchpoints*. Acedido em 26-11-2013. Disponível em: <http://fundacaobgp.com/touchpoints>.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Hoghugh, M. & Long, N. (2004). *Handbook of parenting: theory and research for practice*. London: Sage.
- International Conference on Health Promotion (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization. Acedido em 03-07-2013. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- Lopes, M. S. O. C. (2012). *Apoiar na Parentalidade Positiva: Áreas de Intervenção de Enfermagem*. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Lopes, M. S. O. C.; Catarino, H. & Dixe, M.A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Referência*. III série (1). 109-118.
- Marinheiro, P. P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*. 11. 33-41.

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central dos Dados de Saúde*. Acedido em 20-11-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Acedido em 08-11-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: volume I*. Lisboa: ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>.
- Papalia, D.E.; Olds, S.W. & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Schwartz, E.; Lange, C.; Meincke, S.; Heck, R.; Kantorski, L. & Gallo, C. (2009). Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 8 (suplem). 117-124.
- Schwartz, E.; Lange, C.; Meincke, S.; Heck, R.; Kantorski, L. & Gallo, C. (2009). Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 8 (suplem). 117-124.
- Torres, N.; Santos, A.J. & Santos, O. (2008). Qualidade da vinculação ao pai e à mãe e o desenvolvimento da amizade recíproca em crianças de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*. 26 (3). 435-445.
- Unicef (1989). *Convenção dos Direitos da Criança*. Acedido em 12-11-2013. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ªed.). São Paulo: Editora Roca.

ANEXOS

Anexo I

Grelha de avaliação familiar adaptada

GRELHA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

NOP _____

Médico de Família _____

Enfermeiro _____

Data da visita ____/____/____

Nova visita ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____ Data de
Nascimento: ____/____/____

Etnia: _____

Religião: _____

Frequenta instituição educativa S_N_

Obs.: _____

Morada: _____

Tlf: _____

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Etapas do ciclo vital:

Tipo de família:

Pai: _____ Idade: ____

Profissão: _____

Habilidades

literárias: _____

Etnia: _____

Religião: _____

Mãe: _____ Idade: ____

Profissão: _____

Habilidades

literárias: _____

Etnia: _____

Religião: _____

Irmãos: S_ N_ Quantos? _____

Idades _____

Outros elementos do agregado familiar?

Membro da família com necessidades especiais ou doença S_ N_

Obs:

Membro da família com consumos aditivos S_ N_

Obs: _____

Situação de violência doméstica no agregado familiar S_ N_

Obs: _____

Instituição/Pessoa de referência para a criança e família

Genograma/Ecomapa

Caracterização socioeconómica da família

HABITAÇÃO

Tipo:_____

Assoalhadas:_____

Luz elétrica: S_ N_
N_

Água canalizada: S_ N_

Saneamento: S_

Aquecimento S_ N_ Ventilação S_ N_ Barreiras
Arquitectónicas_____

Sobrelotação S_ N_

Animais domésticos: S_ N_

Obs:_____

Observações:_____

RENDIMENTOS

Pai: empregado_ desempregado_

Mãe: empregado_ desempregado_

Observações:_____

RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM A CRIANÇA

Principal cuidador:_____

Relação: afetuosa ____ distante____ recusa_____

Interação com a criança:

alegre__ ansioso__ desgostoso__ desiludido__ triste__ agressivo__ protetor__

Prestação de cuidados parentais: seguro____ pouco seguro____ inseguro____

Papel parental:

Conhecimento do papel (r/c cuidados e desenvolvimento da criança)

Alimentação S _ N_

Sono S_ N_

Hábitos intestinais/cólicas S_ N_

Desenvolvimento S_ N_

Segurança S_ N_

Vigilância de saúde S_ N_

Observações:

Conflitos de papel (r/c expectativas entre papéis familiares) S_ N_

Observações:

FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA

Partilha de *atividades domésticas* S_ N_ Obs: _____

Padrão de *sono*:

Rituais de sono S_ N_ Quarto casal S_ N_ Quarto criança S_ N_

Padrão *alimentar*:

Refeições em conjunto S_ N_ Membro com dieta específica S_ N_

Atividades *recreativas*: Atividades de lazer em conjunto: S_ N_

Frequência _____ Tipo de atividade _____

Comunicação emocional:

Expressão de sentimentos entre os membros: S_ N_

Discussão de problemas na família: S_ N_

Membro de referência na resolução de problemas

Crenças relacionadas com saúde/doença:

Bibliografia:

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.

Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, R.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*. 40. 133-154.

Figueiredo, M. & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 9 (3). 552-559.

Schwartz, E.; Lange, C.; Meincke, S.; Heck, R.; Kantorski, L. & Gallo, C. (2009). Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 8 (suplem). 117-124.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ªed.). São Paulo: Editora Roca.

Anexo II

Escala *Bonding* e artigo científico²

² Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, R.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*. 40. 133-154.

ESCALA BONDING
(AUTO-AVALIAÇÃO)

Tendo em conta a escala *Bonding* , sobre o envolvimento emocional pais-bebé (Figueiredo *et al.* 2005), apresentamos alguns adjetivos que podem descrever o modo como se sente em relação ao seu bebé.

Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento.

Mãe ☐

Pai ☐

	MUITO	BASTANTE	UM POUCO	DE MODO NEHUM
AFFECTUOSO				
DESILUDIDO				
NEUTRO, SEM SENTIMENTOS				
POSSESSIVO				
RESSENTIDO				
DESGOSTOSO				
PROTECTOR				
ALEGRE				
AGRESSIVO				
RECEOSO				
ZANGADO				
TRISTE				

Data: ____/____/____

Anexo III

Check-list de conhecimentos e habilidades parentais

Recém-nascido

1º ano de vida

1-3 anos de vida

CHECK-LIST DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES PARENTAIS

(Recém-nascido)

Esta lista de verificação de conhecimentos e habilidades constitui o ponto de partida na avaliação inicial de enfermagem, integrada no projeto “Parentalidade Positiva: a Criança dos 0 aos 36 meses”.

Por favor, nos espaços em branco complete por escrito com a informação pedida. Assinale com uma cruz (x) se a resposta for Sim/Não tenho conhecimentos sobre...

Obrigada!

Idade da criança: _____

Gravidez planeada: S_ N_

Parto: _____

Peso do bebé ao nascer: _____

Problemas na gravidez: S_ N_ Obs: _____

Problemas com o bebé ao nascer: S_ N_ Obs: _____

	Sim	Não
Sei reconhecer quando o bebé tem fome.		
Sei preparar o biberão.		
Sei esterilizar o biberão e chupeta.		
Reconheço os sinais de boa pega à mama.		
Amamentar é um acto de amor.		
Tenho dificuldades em escolher o leite adaptado às necessidades do bebé.		
Tenho dificuldade em adquirir leite adaptado.		
Sei escolher a tetina mais adequada para o bebé.		
Consigo avaliar se a temperatura do leite é adequada.		
Tenho dificuldade em colocar o bebé na melhor posição para arrotar.		
Sei reconhecer se o bebé está engasgado.		
Sei desengasgar o bebé.		
Consigo dar banho ao bebé sem dificuldade.		
Verifico a temperatura da água do banho. Como? _____		
Adequo a roupa do bebé à temperatura ambiente.		

Consigo perceber se o bebé está sobreaquecido ou com febre.		
Reconheço se a temperatura de casa está adequada ao bebé.		
Sei quando o bebé tem frio.		
Reconheço quando é necessário mudar a fralda.		
Sei identificar se o bebé tem diarreia.		
Reconheço se a criança está desidratada.		
Sei realizar massagem para alívio das cólicas.		
Realizo massagem ao bebé.		
Quantas vezes/semana? _____		
Sei transportar o bebé em segurança.		
Costumo colocar a cadeira de transporte (“ovo”) do bebé em cima da mesa ou do sofá.		
Sei quando o bebé tem sono.		
Posso interromper a qualquer altura o sono do bebé.		
Coloco o bebé para dormir de barriga para baixo.		
Como? _____		
O bebé dorme na cama de grades.		
Identifico o motivo de choro do bebé.		
Reconheço quando o bebé não está bem.		
Emballo ou canto para acalmar o bebé.		
Percebo quando o bebé quer atenção e conversa.		
O bebé sorri quando converso com ele e o olho nos olhos.		
Fico preocupado(a) se serei capaz de perceber as necessidades do bebé.		
Preciso de ajuda para cuidar do bebé.		
Gosto de cuidar do meu bebé.		
Estimulo o desenvolvimento do bebé.		
Como? _____ _____ _____		
Já marquei consulta para o bebé com o Enfermeiro e Médico de Família.		

Bibliografia:

Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*. 11. 33-41.
Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: volume I*.
Lisboa: ordem dos Enfermeiros

CHECK-LIST DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES PARENTAIS

(1º ano de vida)

Esta lista de verificação de conhecimentos e habilidades constitui o ponto de partida na avaliação inicial de enfermagem, integrada no projeto “Parentalidade Positiva: a Criança dos 0 aos 36 meses”.

Por favor, nos espaços em branco complete por escrito com a informação pedida. Assinale com uma cruz (x) se a resposta for Sim/Não tenho conhecimentos sobre...

Obrigada!

Idade da criança: _____

Gravidez planeada: S_ N_

Parto: _____

Peso do bebé ao nascer: _____

Problemas na gravidez: S_ N_ Obs: _____

Problemas com o bebé ao nascer: S_ N_ Obs: _____

	Si m	Nã o
Sei reconhecer quando o bebé tem fome.		
Sei preparar o biberão.		
Sei esterilizar o biberão e chupeta.		
Reconheço os sinais de boa pega à mama.		
Tenho dificuldades em escolher o leite adaptado às necessidades do bebé.		
Tenho dificuldade em adquirir leite adaptado.		
Sei escolher a tetina mais adequada para o bebé.		
Consigo avaliar se a temperatura do leite é adequada.		
Tenho dificuldade em colocar o bebé na melhor posição para arrotar.		
Introduzi novos alimentos sem dificuldade.		
Preciso de informação sobre introdução de alimentos.		
Reconheço sinais de alergia ou intolerância a alimentos.		
O bebé faz 3 refeições por dia. Quantas?		
Verifico a temperatura da água do banho. Como? _____		
O bebé fica a brincar na banheira enquanto faço outras coisas em casa.		

Adequo a roupa do bebé à temperatura ambiente.		
Consigo perceber se o bebé está sobreaquecido ou com febre.		
Reconheço quando é necessário mudar a fralda.		
Sei identificar se o bebé tem diarreia.		
Reconheço se a criança está desidratada. Como? _____		
Sei realizar massagem para alívio das cólicas.		
Realizo massagem ao bebé. Quantas vezes/semana? _____		
Sei transportar o bebé em segurança.		
Adotei medidas de segurança em casa para que o bebé explore um ambiente seguro. Quais? _____		
O bebé usa sapatos com sola rija adequados ao desenvolvimento da marcha.		
Sei quando o bebé tem sono.		
Posso interromper a qualquer altura o sono do bebé.		
Posso colocar o bebé de barriga para baixo para estimular o seu desenvolvimento.		
O bebé dorme na cama de grades.		
Identifico o motivo de choro do bebé.		
Reconheço quando o bebé não está bem.		
O bebé tem as vacinas e consulta de saúde infantil em dia.		
Emballo ou canto para acalmar o bebé.		
O bebé gosta de brincar com brinquedos coloridos de encaixe.		
Percebo quando o bebé quer atenção e conversa.		
O bebé sorri e emite sons quando converso com ele.		
O bebé reconhece as pessoas mais próximas.		
Gosto de brincar com o bebé. Como? _____		
Fico preocupado(a) se serei capaz de perceber as necessidades do bebé.		
Uma boa mãe/pai é aquela que alimenta, veste e oferece brinquedos.		

Bibliografia: Brazelton, T. Berry (2009). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença. Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*. 11. 33-41. Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: volume I*. Lisboa: ordem dos Enfermeiros.

CHECK-LIST DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES PARENTAIS

(1-3 anos de idade)

Esta lista de verificação de conhecimentos e habilidades constitui o ponto de partida na avaliação inicial de enfermagem, integrada no projeto “Parentalidade Positiva: a Criança dos 0 aos 36m meses”.

Por favor, nos espaços em branco complete por escrito com a informação pedida. Assinale com uma cruz (x) se a resposta for Sim/Não tenho conhecimentos sobre...

Obrigada!

Idade da criança: _____

	Sim	Não
Sei reconhecer quando a criança tem fome.		
A criança faz a refeição à mesa com a família.		
Reconheço sinais de alergia ou intolerância a alimentos.		
A criança faz 3 refeições por dia. Quais? _____		
A criança adora brincar sozinha na banheira enquanto cozinho.		
Consigo perceber se a criança está sobreaquecido ou com febre.		
Reconheço a importância do treino de esfíncteres para a criança.		
Gosto de fazer massagem à criança diariamente.		
Transporto a criança em cadeira adequada.		
Transporto a criança no carro, virada para trás.		
A criança necessita dormir 12 a 14 horas por dia.		
Preparei e decorei um quarto para a criança.		
A criança dorme com os pais porque tem pesadelos.		
Conto histórias ao dormir. Quais? _____		
Continuo a adotar medidas de segurança em casa para que a criança brinque num ambiente seguro. Quais? _____		
Dou um beijo de boa noite diariamente à criança.		
Gosto de brincar ao faz-de-conta com a criança.		
Passear e brincar no jardim com a criança é menos importante que oferecer brinquedos.		
Sei que é importante a criança interagir com outras pessoas e crianças.		
Consigo impor limites à criança sem recorrer à violência.		
Elogio a criança quando tem um comportamento positivo.		
Lavo os dentes, com pasta, à criança diariamente. Quantas vezes? _____		
Os sapatos da criança devem ser bonitos não valorizando a sola.		
Incentivo que a criança seja autónoma na refeição.		
Uma boa mãe/pai é aquela que alimenta, veste e compra brinquedos ao filho.		
Costumo dar uma palmada quando a criança faz uma birra.		
Incentivo a criança a comunicar verbalmente.		
Sei que a criança tem um desenvolvimento adequado para a idade. Porquê? _____		

Anexo IV

Algoritmo e Plano de intervenção

Fase 1: Diagnóstico/ Avaliação inicial

Identificar os conhecimentos e habilidades parentais.

Identificar fatores protetores da criança/família.

Identificar fatores na criança/família que comprometam a parentalidade.

Avaliar o desenvolvimento psico-motor da criança.

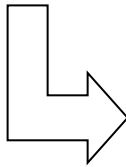
Promover o envolvimento emocional pais-criança.

Fase 2: Intervenção de Enfermagem

Desenvolver em parceria com os pais/família estratégias otimizadoras das potencialidades da criança/família.

Ensinar, instruir e treinar os pais no desempenho do papel parental.

Registrar as intervenções realizadas.



Encaminhar a criança/família para outros profissionais ou recursos da comunidade

Plano de intervenção

Foco	Papel parental							
Diagnóstico inicial								
Conhecimentos do papel parental	Alimentação	Sono	Higiene e vestuário	Eliminação intestinal e vesical	Desenvolvimento infantil e estimulação	Relação emocional e comportamento	Segurança	Vigilância de saúde
Intervenções de Enfermagem: Ensinar Instruir Treinar Elogiar								
Resultados/Observações:								
Data de avaliação:								
Data de finalização:								

Algumas intervenções de Enfermagem descritas no SAPE®:

Ensinar os pais sobre competências do latente.

Ensinar os pais sobre alimentação.

Ensinar os pais sobre alimentação do latente.

Ensinar os pais sobre as características das dejeções.

Ensinar os pais sobre o choro do recém-nascido.

Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical.

Ensinar os pais sobre hábitos da criança.

Ensinar os pais sobre higiene da criança.

Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes.

Ensinar os pais sobre técnica do banho.

Ensinar os pais sobre posição ao deitar.

Ensinar os pais sobre a esterilização e preparação do biberão.

Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde durante o desenvolvimento.

Ensinar sobre os cuidados de higiene do recém-nascido.

Ensinar sobre a interação social/socialização da criança.

Ensinar sobre o desenvolvimento infantil.

Ensinar sobre o papel parental em relação à criança/latente/recém-nascido.

Ensinar sobre prestação de serviços na comunidade.

Ensinar sobre transporte do recém-nascido.

Ensinar técnica de aleitamento artificial.

Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental.

Informar sobre leite artificial.

Informar sobre características do recém-nascido.

Informar icterícia fisiológica do recém-nascido.

Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido.

Instruir os pais sobre como alimentar a criança.

Instruir os pais sobre como realizar a higiene da criança.

Instruir sobre a esterilização e preparação do biberão.

Instruir sobre os cuidados de higiene ao recém-nascido.

Observar apego ao recém-nascido.

Providenciar leite adaptado.

Providenciar material de leitura.

Providenciar material de leitura sobre aleitamento.
Treinar cuidados ao coto umbilical.
Treinar esterilização e preparação de biberão.
Treinar os pais a alimentar a criança.
Treinar os pais a realizar a higiene da criança.
Treinar a técnica de aleitamento artificial.
Validar papel parental.
Incentivar a comunicação expressiva da vinculação.

Anexo V

Proposta de livros a adquirir para o Cantinho
Lúdico da Leitura

Proposta de livros a adquirir para o Cantinho Lúdico da Leitura

Manual de Aleitamento Materno.
(UNICEF, 2012)

O grande livro do bebé – o primeiro ano de vida.
(Mário Cordeiro. 2008. A Esfera dos Livros)

O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos.
(T. Berry Brazelton. 2009. Editorial Presença)

A Criança e o seu Mundo – Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem.
(T. Berry Brazelton e Stanley Greenspan. 2009. Editorial Presença)

A Criança dos 3 aos 6 anos – o desenvolvimento emocional e do comportamento.
(T. Berry Brazelton e Stanley Greenspan. 2008. Editorial Presença)

A Criança e o choro.
(T. Berry Brazelton e Joshua D. Sparrow. 2004. Editorial Presença)

Compreender a agressividade na Criança.
(T. Berry Brazelton e Joshua D. Sparrow. 2006. Editorial Presença)

Anexo VI

Questionário de avaliação do projeto

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO

“PARENTALIDADE POSITIVA”

De modo a avaliar o projeto e a intervenção de Enfermagem desenvolvida, solicitamos que responda de forma autêntica às seguintes questões dando, assim, um contributo para a melhoria das próximas intervenções. Garantimos a confidencialidade da sua opinião, por favor não se identifique. Apenas coloque uma cruz (x) na opção que melhor exprime a sua opinião.

Obrigada!

Número de sessões: _____

Idade da criança:

No início da intervenção: _____ No final da intervenção: _____

Projeto de intervenção				
	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Temas abordados				
Correspondência dos temas abordados com as suas expectativas.				
Pertinência dos temas para a vivência da maternidade e/ou paternidade				
Pertinência dos temas para o desenvolvimento da criança				
Distribuição do tempo por temas				

Enfermeiro				
	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Motivação				
Disponibilidade				
Domínio dos temas				
Tipo de linguagem				
Relacionamento com a criança				
Relacionamento com a família				
Encorajamento dado aos pais				

Sugestões: _____

Anexo VII

Recomendação do Conselho Europeu “Política de apoio à Parentalidade Positiva”³

Anexo VIII

Modelo *Touchpoints*: Princípios e Pressupostos⁴

Anexo IX

Artigo: “Competências maternas Auto-percebidas no Contexto da Prematuridade”⁵

Anexo X

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Anexo XI

Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: volume I⁶

³ Conselho da Europa (2006). *Política de apoio à Parentalidade Positiva*. Acedido em 12-11-2013. Disponível em: http://www.coe.int/t/dg3/children/corporalpunishment/pdf/PositiveParentingBrochure_prt.pdf

⁴ Fundação Brazelton/Gomes-Pedro. *Modelo touchpoints*. Acedido em 26-11-2013. Disponível em: <http://fundacaobgp.com/touchpoints>.

⁵ Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*. 11. 33-41.

⁶ Pestana, V.L.F.F.G. (coord.). Promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. In Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE VII:

Caraterização do serviço de Urgência

Pediátrica

O serviço de **Urgência Pediátrica**, inserido no Departamento de Pediatria de um Hospital Central de Lisboa, admite crianças até aos 17 anos e 364 dias conforme o Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho ¹. Este serviço, integrado no Serviço Nacional de Saúde, abrange a área geográfica sob responsabilidade da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e apoia hospitais da Zona Centro-Sul.

Existem 6 áreas distintas de prestação de cuidados de Enfermagem, sejam elas a sala de triagem; a sala de tratamentos; a sala de aerossóis; a sala de reanimação; a sala de pequena cirurgia e a sala de observação. Sendo a equipa constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativo.

Na sala de triagem verifica-se que as situações mais frequentemente detetadas são: hipertermia; vômitos e diarreia; odinofagia; otalgia; aspiração de corpo estranho; convulsões; RN com choro persistente; erupções dermatológicas; dificuldade respiratória; cefaleias; dor abdominal e quedas.

As situações de crianças vítimas de maus-tratos tendem a ser frequentes, havendo uma folha de referenciação ao Núcleo de Apoio à Criança e à Família vítima de maus-tratos, negligência ou comportamentos de risco. Paralelamente, perante a identificação de crianças/jovens em risco, a equipa do serviço de urgência solicita a intervenção deste Núcleo integrado no Departamento de Pediatria da Instituição.

O método de prestação de cuidados consiste no método individual. Não se identifica um Modelo Teórico de Enfermagem norteador da prática, no entanto quer na atuação quer nos registos informáticos, no programa ALERT®, é notória a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

O protocolo de triagem utilizado foi definido pela equipa Médica com a colaboração da equipa de Enfermagem, sendo sustentado por prioridades de atuação e registado informaticamente. De acordo com o Manual de Triagem disponível no serviço, o EEESCJ tem uma atuação fundamental na sala de triagem pelas particularidades da triagem e pelas suas competências numa

¹ Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho. Determina o alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria. Diário da República II Série, N.º 112 (11-06-2010). 32123.

perspectiva de Enfermagem avançada. Desta forma, a equipa definiu as seguintes funções de EEESCJ na sala de triagem:

- Acolher a Criança/Família em situação de urgência/emergência;
- Observar eficaz e eficientemente a Criança;
- Avaliar as queixas e presença de sinais e sintomas para determinar os cuidados, estabelecendo prioridades de atendimento;
- Identificar as necessidades de cuidados de Enfermagem em situação de urgência/emergência, quando possível;
- Identificar as situações de acordo com o protocolo de serviço e promover o encaminhamento:

Situações de emergência são: paragem cardiorrespiratória, *sepsis*, choque, convulsão, intoxicação por organofosforados; estas situações têm o seguinte encaminhamento: sala de reanimação ou SO.

Situações de urgência são: dificuldade respiratória, intoxicação, crianças até 6 meses de idade, mau estado geral, politraumatismos/traumatismos cranianos, desidratação, reação alérgica, suspeita de abdómen agudo, febre (se crianças com idade inferior a 3 meses), *rash* cutâneo, abuso sexual e maus-tratos, referenciados, situações de risco, crianças com doença crónica/deficiência. Estas situações têm o seguinte encaminhamento: Médico ou Enfermagem.

Situações não urgentes são: Todos os outros casos. Têm o seguinte encaminhamento: Sala de espera.

- Iniciar medidas de tratamento urgentes, tais como terapêutica;
- Planear, executar, e avaliar cuidados de Enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis;
- Envolver a Família no planeamento/execução e avaliação dos cuidados, através de ensino integrando um processo educativo que promova o autocuidado;

- Estabelecer linhas de comunicação para recursos na comunidade, se Família com necessidade de intervenção;
- Fazer ensino sobre medidas a tomar face à situação e que recursos utilizar, tais como, medidas a ter em casa se surgir situação idêntica, orientação de recursos de saúde, entre outras;
- Efetuar registos precisos e concisos;

No serviço de urgência pediátrica, o EEESCJ presta também funções de coordenação e gestão, nomeadamente, de cuidados de Enfermagem e de recursos humanos e materiais.

A sala de observação funciona como retaguarda da urgência pediátrica e tem capacidade para internamento de 6 crianças, num período máximo de 48 horas. Os critérios prendem-se com situações de crianças com necessidade de estabilização clínica que não reúnem condições para ambulatório, nem para enfermaria e necessitam de maior vigilância. Apesar da dinâmica de um serviço de urgência, em cada uma das unidades de internamento existe um cadeirão para que um acompanhante familiar possa pernoitar. No entanto, não existe regime de visitas nem condições físicas que promovam os cuidados de higiene ou alimentação por parte dos pais.

APÊNDICE VIII:

Relatório da sessão de formação “Conhecer
para Intervir: a Criança em diálise peritoneal no
serviço de urgência”



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE

INFANTIL E PEDIATRIA

Sessão de Formação

Conhecer para Intervir:

A Criança em Diálise Peritoneal no Serviço de Urgência

Mestranda: Carla Coimbra (n.º 4720)

Enfermeiras orientadoras: EESIP Joaquina Antunes e EESIP Teresa Virgílio

Docente orientador: Filomena Sousa

Dezembro, 2013

ÍNDICE

1. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	1
1.1. Questionário	1
1.2. Resultados	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	6
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	11
4.1. Questionário	11
4.2. Resultados	12
5. BIBLIOGRAFIA	13

1. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

1.1. Questionário

Eu, Carla Coimbra, Enfermeira na Unidade de Nefrologia Pediátrica deste hospital, encontro-me a realizar estágio na Urgência Pediátrica no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tendo em conta que o tema de projeto se intitula *“Preparação do Regresso a Casa: Cuidar a Criança em diálise peritoneal e Família”* e que o serviço de urgência acolhe, primeiramente, a Criança e Família em caso de readmissão hospitalar, gostaria de diagnosticar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem acerca desta temática. Desta forma, solicito a vossa colaboração no preenchimento do presente questionário, que tem como principal objetivo:

- Identificar as principais dificuldades da equipa de Enfermagem nos cuidados à Criança em diálise peritoneal e sua Família, no contexto de urgência.

Salvaguarda-se que os dados recolhidos, destinam-se única e exclusivamente ao diagnóstico de necessidades formativas, garantindo-se o anonimato do seu conteúdo.

Agradeço desde já a disponibilidade,

Carla Coimbra

Categoria profissional: _____

Tempo de serviço (anos): _____

Tempo de serviço no serviço de urgência pediátrica (anos): _____

No seu exercício profissional, prestou cuidados a alguma Criança em diálise peritoneal? Sim ____ Não ____

Tem conhecimento sobre a especificidade dos cuidados à Criança em diálise peritoneal? Sim ____ Não ____

Se sim, como (experiência profissional, formação, ...)?

Considera que o conhecimento sobre diálise peritoneal e cuidados de Enfermagem inerentes interfere na avaliação inicial do Enfermeiro no serviço de urgência?

Sim ____ Não ____

Quais são as suas principais dúvidas ou dificuldades nos cuidados à Criança em diálise peritoneal e sua família?

Considera pertinente uma sessão de formação sobre os cuidados à Criança em diálise peritoneal e sua Família?

Sim ____ Não ____

Obrigada pela colaboração!

1.2. Resultados

Num total de 8 questionários aplicados em 2 dias (6 turnos):

Categoria profissional: Enfermeiro graduado 1; Enfermeiro 4; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria 3

Tempo de serviço: média 13,8 anos

Das 8 pessoas inquiridas, apenas 1 não prestou cuidados a nenhuma criança em diálise peritoneal durante o seu exercício profissional.

6 pessoas desconhecem a especificidade dos cuidados de enfermagem à criança em diálise peritoneal e sua família.

7 pessoas reconhecem que o conhecimento sobre diálise peritoneal e cuidados de enfermagem inerentes interferem na avaliação inicial de enfermagem no serviço de urgência.

As principais dúvidas e dificuldades prendem-se com: execução técnica (8); cuidados à criança (4); colheita de líquido efluente para análise (1); sinais de alerta (1).¹

Todas as pessoas (8) consideram pertinente uma sessão de formação sobre a temática.

¹ Apesar da primazia da execução técnica nos questionários aplicados, após discussão dos resultados com as Enfermeiras orientadoras e Enfermeira coordenadora decidiu-se, por questões práticas do contexto, incidir sobre as principais complicações e atuação de Enfermagem em contexto de urgência.

2. PLANO DE SESSÃO

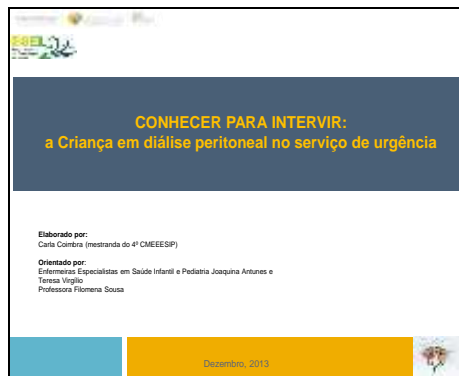
SESSÃO: “CONHECER PARA INTERVIR: A CRIANÇA EM DIÁLISE PERITONEAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

Objetivo: Contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e Família no contexto de urgência pediátrica.

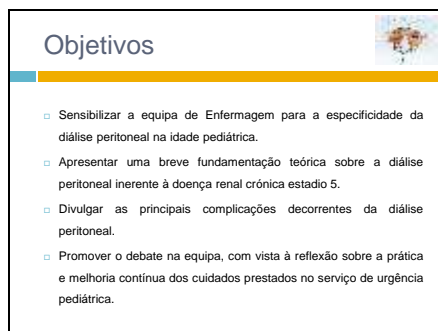
Formador	Conteúdo	Método	Recurso	Tempo
Introdução	Apresentação do tema; Contextualização da sessão; Exposição dos resultados do diagnóstico de necessidades formativas; Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositivo	Computador Sala de Enfermagem	5 min
Desenvolvimento	<div>Carla Coimbra</div> Conceito de doença renal estadio 5; Diálise peritoneal e taxa de prevalência em idade pediátrica em Portugal; Especificidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal; Principais complicações (psicossociais, mecânicas e hemodinâmicas); Avaliação inicial de Enfermagem da Criança em diálise peritoneal no serviço de urgência.	Expositivo Interrogativo Interativo	Computador Sala de Enfermagem	10 min
Conclusão	Considerações finais; Aplicação de um questionário de avaliação da sessão.	Expositivo Interrogativo Interativo	Computador Sala de Enfermagem	5 min

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

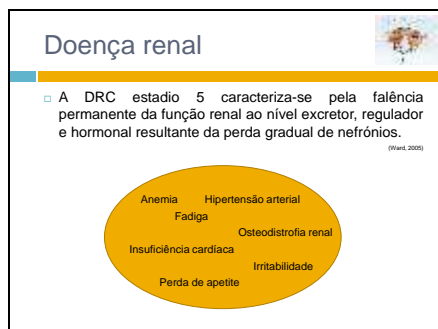
Diapositivo 1



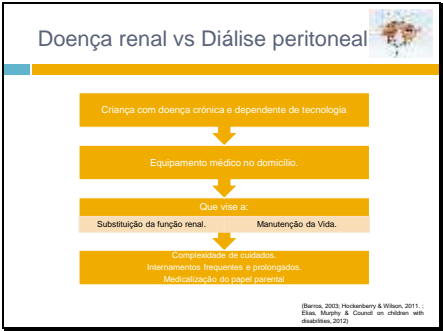
Diapositivo 2



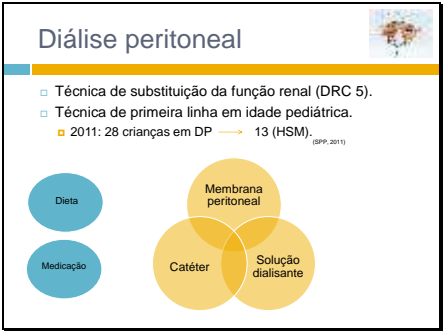
Diapositivo 3



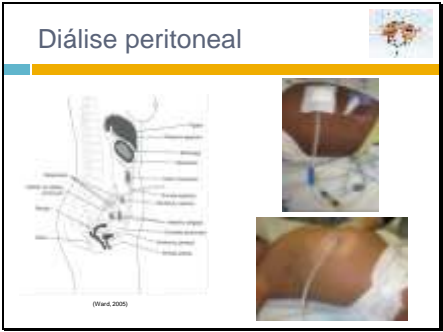
Diapositivo
4



Diapositivo
5



Diapositivo
6



Diapositivo
7

Principais complicações

```
graph LR; A[Principais complicações] --- B[Mecânico]; A --- C[Hemodinâmico]; A --- D[Psicossocial]; B --- B1[Permeabilidade do C.P. alterada]; B --- B2[Leak]; B --- B3[Infeciosas: Peritonite, Orifício do catéter]; B --- B4[Sobrecarga hídrica]; C --- C1[Desidratação]; C --- C2[Acidose metabólica]; C --- C3[Alterações eletrolíticas]; D --- D1[Psicossocial];
```

Diapositivo
8

Avaliação inicial

```
graph LR; A[Avaliação inicial] --- B[Doenças associadas]; A --- C[Início dos sintomas]; A --- D[Experiência anterior de complicações relacionadas com a diálise peritoneal]; A --- E[História de queda ou traumatismo abdominal recente]; A --- F[História de período menstrual recente];
```


Diapositivo
9

Avaliação inicial

```
graph LR; A[Avaliação inicial] --- B[Peso]; A --- C[Sinais vitais TA, FC, FR, Temp., Dor]; A --- D[Sinais de dificuldade respiratória]; A --- E[Hidratação e coloração da pele e mucosas]; A --- F[Presença de hérnias, ostomias]; A --- G[Náuseas e vômitos]; A --- H[Glicemia capilar]; A --- I[Eliminação intestinal]; A --- J[Eliminação vesical]; A --- K[Medicação];
```

Diapositivo
10

Considerações finais




```
graph TD; A[Pais peritos nos cuidados ao seu filho.] --> B[Valorizar a mestria dos pais.]; B --> C[Mobilizar conhecimentos para identificar focos de instabilidade e atuar de forma antecipatória.]; C --> D[Encaminhamento para outros profissionais]; D --> E[Recuperação da saúde da criança.];
```

(Casey, 1993, 06, 2011.)

Diapositivo
11

Referências bibliográficas



Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Casey, A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In: Edward Glasper & Anne Tucker (Eds.). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press.

Elias, E.R.; Murphy, N.A. & Council on children with disabilities (2012). Home care of children and youth with complex health care needs and technology dependencies. *Pediatrics*. 129: 996-1005. Doi: 10.1542/peds.2012-0606.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acesso em 05-04-2013. Disponível em: <http://www.ordenenfermeiros.pt/pt/guest/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

Tavares, M.; Cardoso, R.; Batista, F. & Tavares, N. (2011). Intecções em orifício externo de catéter peritoneal. *Nefrômea*. 154 (jan.Fev.). 10-26.

Warady, B.; Balkagulski, S.; Newland, J.; Cartmell, M.; Verma, E.; Neu, A.; Chadha, V.; Yap, H. & Schaefer, F. (2012). Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: 2012 UPDATE. *Peritoneal Dialysis International*. 32 (2), 32-86. Doi: 10.3747/pdi.2011.00091

Ward, G. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência.

Diapositivo
12



Diapositivo
13

Obrigada pela vossa atenção!!

Diapositivo
14

Orifício do catéter

- Catéter:
 - Eritema, exsudado, hemorragia, granuloma.




(Tavares, Cardoso, Batista & Tavares, 2011)

Diapositivo
15

Líquido efluente

- Líquido:
 - Limpido;
 - Turvo;
 - Hemático
 - Fibrina.



Líquido drenado no domicílio apenas para observação.
Colheita de líquido preferencialmente "fresco".

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

4.1. Questionário

Tema: “*Conhecer para Intervir: a Criança em diálise peritoneal no serviço de urgência*”

Gostaria de solicitar a vossa colaboração no que respeita à apreciação global deste momento formativo. Numa escala de 1 a 4, assinale com uma cruz (X) a opção com a qual se identifica.

Obrigada pela colaboração!

1- Discordo Totalmente 2 – Discordo 3- Concordo 4- Concordo totalmente

	1	2	3	4
As suas expectativas face à sessão foram satisfeitas.				
Os objetivos da sessão foram atingidos.				
A sessão foi útil para a qualidade do seu exercício profissional.				
A sessão proporcionou a consolidação de conhecimentos.				
Houve articulação adequada da teoria com a prática.				
O material informativo proporcionado foi adequado.				
A duração da sessão foi oportuna.				
Domínio dos conteúdos apresentados.				
Transmissão de informação de forma clara e objetiva.				
Adequada interação com o grupo.				
O formador demonstrou capacidade de motivar os formandos.				

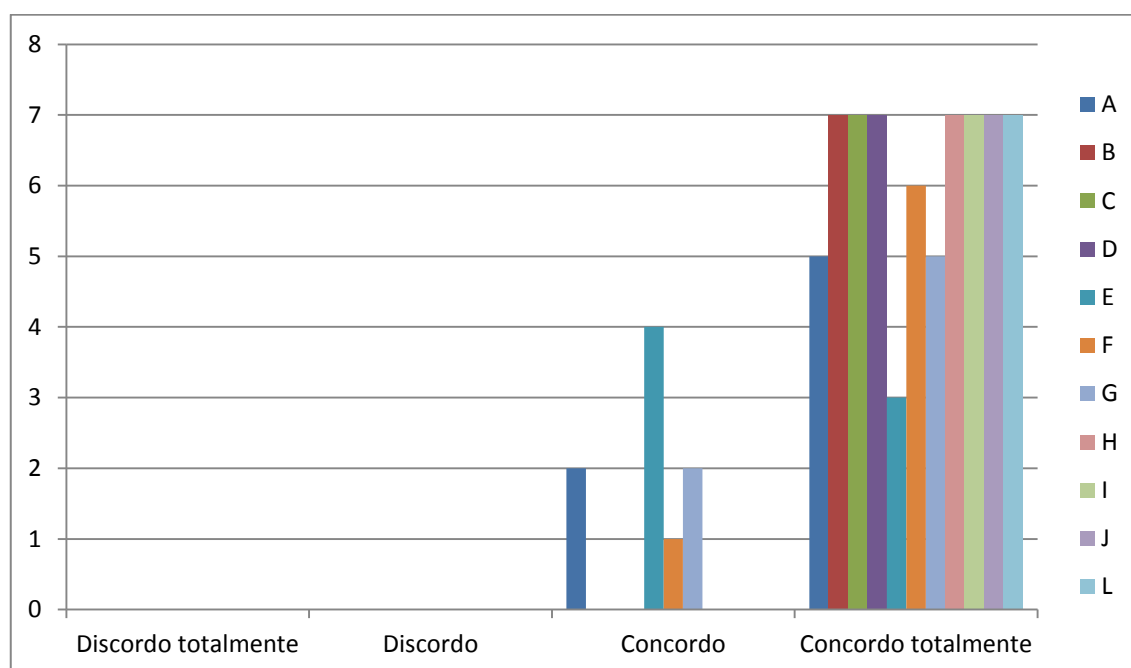
Sugestões:

4.2. Resultados

Participaram na sessão 7 elementos da equipa de Enfermagem do SUP.

Não houve registo de sugestões.

Conforme demonstra o seguinte gráfico, a apreciação global da sessão foi positiva:



Legenda:

A	As suas expectativas face à sessão foram satisfeitas.
B	Os objetivos da sessão foram atingidos.
C	A sessão foi útil para a qualidade do seu exercício profissional.
D	A sessão proporcionou a consolidação de conhecimentos.
E	Houve articulação adequada da teoria com a prática.
F	O material informativo proporcionado foi adequado.
G	A duração da sessão foi oportuna.
H	Domínio dos conteúdos apresentados.
I	Transmissão de informação de forma clara e objetiva.
J	Adequada interação com o grupo.
L	O formador demonstrou capacidade de motivar os formandos.

5. BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (9). 691-696.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cabral, I.; Silva, J.; Zillmann, D.; Moraes, J. & Rodrigues, E. (2004). A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(1). 35-39.
- Caldeira, T.; Santos, G.; Pontes, E.; Dorado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 1 (37). 1-4.
- Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.
- Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Mahon, A. & Jenkins, K. (Eds.)(2007). *Doença Renal Crônica (estádios 1-3): Guia para a Prática Clínica*. Switzerland: European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*. 8.53-61.
- Newacheck, P.; Strickland, B.; Shonkoff, J.; Perrin, J.; McPherson, M.; McManus, M.; Lauver, C.; Fox, H. & Arango, P. (1998). An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. 102 (7). 117-123.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Acedido em 28-02-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 07-05-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.
- Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Nefrologia Pediátrica. *Registo Português de IRC pediátrica em Tratamento de Substituição Renal*. Acedido em 02-04-2013. Disponível em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=20>
- Tavares, M.; Cardoso, R.; Batista, F. & Tavares, N. (2011). Infecções em orifício externo de catéter peritoneal. *Nefrômea*. 154 (jan./Fev.). 10-26.
- Tong, A.; Lowe, A.; Sainsbury, P. & Craig, J. C. (2008). Experiences of Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Pediatrics*. 121. 349-361. DOI: 10.1542/peds.2006-3470.
- Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health & Development*. 36(4). 549–557. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x

- Warady, B.; Bakkaloglu, S.; Newland, J.; Cantwell, M.; Verrina, E.; Neu, A.; Chadha, V.; Yap, H. & Schaefer, F. (2012). Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: 2012 UPDATE. *Peritoneal Dialysis International*. 32 (2). 32-86. DOI: 10.3747/pdi.2011.00091
- Ward, G. (2005). Cuidados renais na Infância e Adolescência. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE IX:

Caraterização do serviço de Pediatria

Médica 5.2.

Um Centro Hospitalar da área de Lisboa abrange um Hospital Pediátrico, que por sua vez integra o serviço de **Pediatria Médica** selecionado. Integrada no Serviço Nacional de Saúde, abrange sobretudo a área geográfica sob responsabilidade da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta Instituição foi distinguida, em 2011, pelo *Caspe Healthcare Knowledge System* no âmbito de um processo de acreditação da melhoria da qualidade assistencial.

Este serviço presta cuidados diferenciados a clientes em idade pediátrica com doença aguda ou crónica com enfoque em 8 especialidades médicas num total de 15 vagas. As especialidades médicas visam: pneumologia; endocrinologia; hematologia; neurologia; gastroenterologia; imunoalergologia; doenças metabólicas e nefrologia.

Na área da nefrologia é reconhecido no país como um centro de referência na diálise em idade pediátrica.

A equipa multidisciplinar envolve médicos, enfermeiros (2 enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria), assistentes operacionais, administrativo, educadora de infância, dietista, psicóloga e assistente social.

Quanto à área assistencial do internamento, o serviço dispõe de 5 salas; 2 quartos individuais de isolamento protetor; 1 quarto individual com casa de banho para crianças em diálise peritoneal. Na área de apoio, entre outras salas, o serviço tem um espaço de refeição e atividade lúdica. Durante o internamento hospitalar, apesar de não existir uma sala para os pais, o serviço proporciona algumas medidas de conforto para os mesmos como um cadeirão junto da cama da criança e a alimentação durante a estadia.

No mesmo espaço físico mas em termos de ambulatório existe 1 sala de hemodiálise que acolhe, simultaneamente, 2 crianças, funcionando diariamente no período da manhã. A sessão de hemodiálise decorre sob a responsabilidade da equipa de Enfermagem do internamento. De modo a garantir a qualidade da água e do material, o serviço tem o apoio de uma empresa especializada.

O método individual de trabalho é o privilegiado, no entanto a equipa adotou o método por Enfermeiro de Referência nos cuidados à Criança em diálise

peritoneal e Família. Segundo a Enfermeira perita, o Enfermeiro de Referência é responsável por: estabelecer e atualizar o plano de ensino individualizado e baseado no Manual de treino vigente no serviço; acompanhar a Criança e Família durante o internamento; promover a articulação entre a Criança/Família e a equipa multidisciplinar conforme as necessidades manifestadas; e realizar a primeira visita domiciliária que vise a avaliação das condições habitacionais previamente à alta.

Apesar do Centro Hospitalar estar a instituir os registos de Enfermagem sob linguagem CIPE, em suporte informático, a equipa de Enfermagem do serviço orienta a sua prática de cuidados na ótica das atividades de vida propostas por Nancy Roper. Não obstante, a avaliação inicial é realizada informaticamente no programa SClinico® o que permite a articulação e continuidade de cuidados na Instituição, havendo uma constante atualização das informações.

O serviço de internamento assegura a continuidade dos cuidados à Criança através da capacitação da família, dos registos relativos ao processo de enfermagem e da articulação com outros serviços e instituições, como seja a consulta externa.

A visita domiciliária, integrada no projeto Unidade Móvel de Apoio Domiciliário¹ (UMAD), é realizada por uma Enfermeira da consulta externa com experiência em diálise peritoneal e decorre apenas se for necessário proceder a uma visita adicional à Criança e Família. Visto que, previamente à alta, o Enfermeiro de Referência do internamento realiza uma visita para avaliar as condições habitacionais no domicílio. No dia da alta, a equipa de Enfermagem da empresa de diálise acompanha a Criança e Família no primeiro tratamento em casa.

¹ Projeto desenvolvido desde 2009 sob uma parceria entre a Fundação do Gil e a instituição hospitalar.

APÊNDICE IX:

Diário de campo – Serviço de Pediatria Médica

Diário de Campo (IV)

Serviço de Pediatria Médica, Janeiro de 2014

Este diário espelha as minhas percepções decorrentes da experiência vivida na sala de hemodiálise, onde assisti e participei nos cuidados de Enfermagem prestados neste âmbito a uma Criança.

O fenómeno que procurei compreender em maior profundidade, sob uma perspectiva de Enfermagem, correspondeu à adaptação da Criança e Família à doença renal crónica e suas condicionantes. Neste sentido pude perceber a complexidade do cuidado de Enfermagem à Criança face às particularidades da sua doença paralelamente ao regime terapêutico e às exigências da etapa de desenvolvimento.

Apesar do envolvimento da Família constituir uma preocupação dos enfermeiros, a resposta da mesma à sua intervenção nem sempre foi tradutora de adaptação perante a complexidade da situação. Por exemplo, pude constatar a existência de uma multiplicidade de estímulos como a dor da picada; as restrições dietéticas; as constantes idas ao hospital; o absentismo escolar da Criança e laboral dos pais; a alteração na imagem corporal associada à fístula arteriovenosa e o défice de condições habitacionais que inviabiliza a realização de diálise peritoneal. Inerente à multiplicidade de estímulos foi notória uma inadaptação, principalmente, no modo fisiológico e no modo de autoconceito.

Relativamente ao modo fisiológico, foi notória uma inadaptação associada ao cumprimento de restrições dietéticas e à sobrecarga hídrica adjacente a anúria. Assim se compreende que as complicações hemodinâmicas detetadas carecem de uma intervenção multidisciplinar, dando primazia à motivação da Criança e Família na adesão à tríade terapêutica (dieta, medicação e técnica de substituição da função renal). Por outro lado, as implicações no modo de autoconceito relacionam-se com a alteração na imagem corporal sentida e manifestada pela Criança, mas também com o absentismo escolar e a, conseqüente, dificuldade em manter as amizades.

Foi notório que as respostas inadequadas têm impacto no crescimento e desenvolvimento da Criança, visto que o défice nutricional exacerba o défice de crescimento. Por outro lado, a existência de complicações hemodinâmicas pode induzir limitações fisiológicas ou hospitalizações frequentes e prolongadas com impacto na realização de atividades promotoras do desenvolvimento.

Nesta experiência, à luz do Modelo de Adaptação de Roy, pude compreender com maior profundidade as necessidades da Criança com doença renal crónica em hemodiálise e sua Família, obtendo importantes contributos para o Cuidar de Enfermagem que vise a maximização da saúde inerente à adaptação favorável. Apesar da Criança, nesta situação específica, não efetuar diálise peritoneal tem igualmente uma doença renal crónica com as restrições inerentes e realiza uma técnica de substituição da função renal exigente ao nível físico, social e psicológico. De notar apenas que as diferenças evidenciadas com maior significado prendem-se com o facto de em hemodiálise existir um recurso da Criança e Família ao hospitalar no mínimo três vezes por semana e de não depender de um compromisso de um cuidador familiar para garantir a continuidade dos cuidados dialíticos no domicílio.

Paralelamente à maximização da saúde da Criança e Família, considero que a sistematização do regresso a casa também aqui se aplica uma vez que, apesar de constituir um tratamento continuado, pude constatar comportamentos que traduzem uma inadequação à sua situação de saúde carecendo de uma intervenção mais abrangente e descentralizada da técnica. Tal constatação advém de uma consciencialização mais clara do impacto que a doença renal crónica tem no desenvolvimento infantil e na dinâmica familiar, reforçando, na minha prática de cuidados, a importância de conhecer em profundidade a Criança e Família que são alvo dos mesmos. A colheita de dados atualizada é essencial no conhecimento desta Criança e Família, no sentido de caracterizar o ambiente em que se inserem, nomeadamente os estímulos influenciadores assim como os recursos de apoio. Desta forma, a realização dos cuidados antecipatórios e as orientações dadas às crianças e aos pais podem constituir instrumentos de enorme utilidade na promoção de uma adaptação favorável,

de modo a prevenir complicações e a permitir que consigam desempenhar o seu papel com mestria e se sintam seguros e confiantes.

Este momento de aprendizagem foi determinante, uma vez que observei, analisei e compreendi para, posteriormente, intervir com base numa prática reflexiva. Esta prática, indispensável neste percurso dinâmico de desenvolvimento de competências, permitiu-me um progresso no desenvolvimento pessoal e profissional, tal como uma tomada de decisão e julgamento clínico mais fundamentados e refletidos. Esta experiência significativa na minha aprendizagem, só foi possível porque decorreu da observação e consciencialização das necessidades da Criança/Família com base numa reflexão sobre a prática que articula a teoria e a prática.

APÊNDICE XI:

Caraterização da Unidade de Nefrologia

Pediátrica

A Unidade de Nefrologia Pediátrica, enquadrada no Departamento de Pediatria de um Centro Hospital de Lisboa, constitui um centro de referência na área da diálise e transplantação renal pediátrica no país. Integrada no Serviço de Pediatria Médica do Departamento tem sido alvo de Acreditação de Qualidade pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía/DGS*, sendo que em 2012 obteve um certificado de nível Bom.

Esta Unidade admite crianças abrangidas pela área geográfica da Administração Regional de Saúde de Lisboa. Por sua vez, enquanto componente organizacional de um Centro Hospitalar integrado no Serviço Nacional de Saúde, também admite crianças/jovens após referência de hospitais da região Centro-Sul e Ilhas.

Esta Unidade é constituída, atualmente, por 2 setores: internamento e ambulatório. Tendo o setor de hemodiálise sido transferido, recentemente, para a estrutura física da Unidade de Hemodiálise de Adultos.

O setor de ambulatório contempla o hospital de dia e a visita domiciliária. O hospital de dia tem instalações e equipa de Enfermagem próprias, funcionando sob marcação prévia todos os dias úteis no período da manhã. Relativamente à visita domiciliária, esta atividade decorre desde 2006 com o apoio da Fundação do Gil integrada na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário. A realização de visita visa a interação da Criança com doença crónica na Comunidade e o apoio à Família nos cuidados que a Criança com dependência de tecnologia necessita no domicílio. Atualmente, a visita decorre uma vez por semana estando 15 crianças e famílias abrangidas, das quais 8 crianças em diálise peritoneal. O planeamento da visita ocorre sob negociação entre a equipa de Enfermagem e a Família, consoante as necessidades identificadas ou manifestadas. A equipa envolve motorista, Assistente social (quando solicitada a presença) e Enfermeiro (6 elementos da equipa de Enfermagem do internamento).

Relativamente ao setor de internamento, a estrutura física contempla 7 vagas em 4 salas. A cada cama corresponde um cadeirão para o acompanhante da Criança. Relativamente a áreas de apoio, a Unidade dispõe de uma sala de atividade lúdica.

Os principais motivos de internamento, admissões ou readmissões, das crianças prendem-se com situações de síndrome nefrótico; doença renal em diálise peritoneal; pós-transplante renal.

Quanto à equipa multidisciplinar, esta engloba médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativo, dietista, psicóloga, assistente social, educadora de infância. De acordo com as necessidades identificadas, a equipa conta com o apoio das professoras da Escola da Instituição e das terapeutas da Medicina Física e Reabilitação. É notório um investimento na formação por parte da equipa de Enfermagem, uma vez que entre os 11 elementos existe 1 EEESIP e 3 a frequentar o Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O método individual de trabalho é notório na prestação de cuidados da equipa de Enfermagem.

Constata-se que, apesar de não estar descrito, a Filosofia de Cuidados Centrados na Família e as Necessidades Humanas Fundamentais segundo Virgínia Henderson, norteiam a prática de cuidados e o registo da equipa de Enfermagem.

Não existindo suporte informático, todos os registos são realizados em papel. Tal como a carta de alta enviada à Consulta externa ou aos cuidados de saúde primários.

Em vigor, existem grupos de trabalho na equipa de Enfermagem ao nível dos cuidados paliativos; comunicação; segurança e risco; avaliação e gestão da dor; ensino e treino em diálise peritoneal pediátrica. Este último, foi criado recentemente fruto do reconhecimento profissional da autora na Instituição.

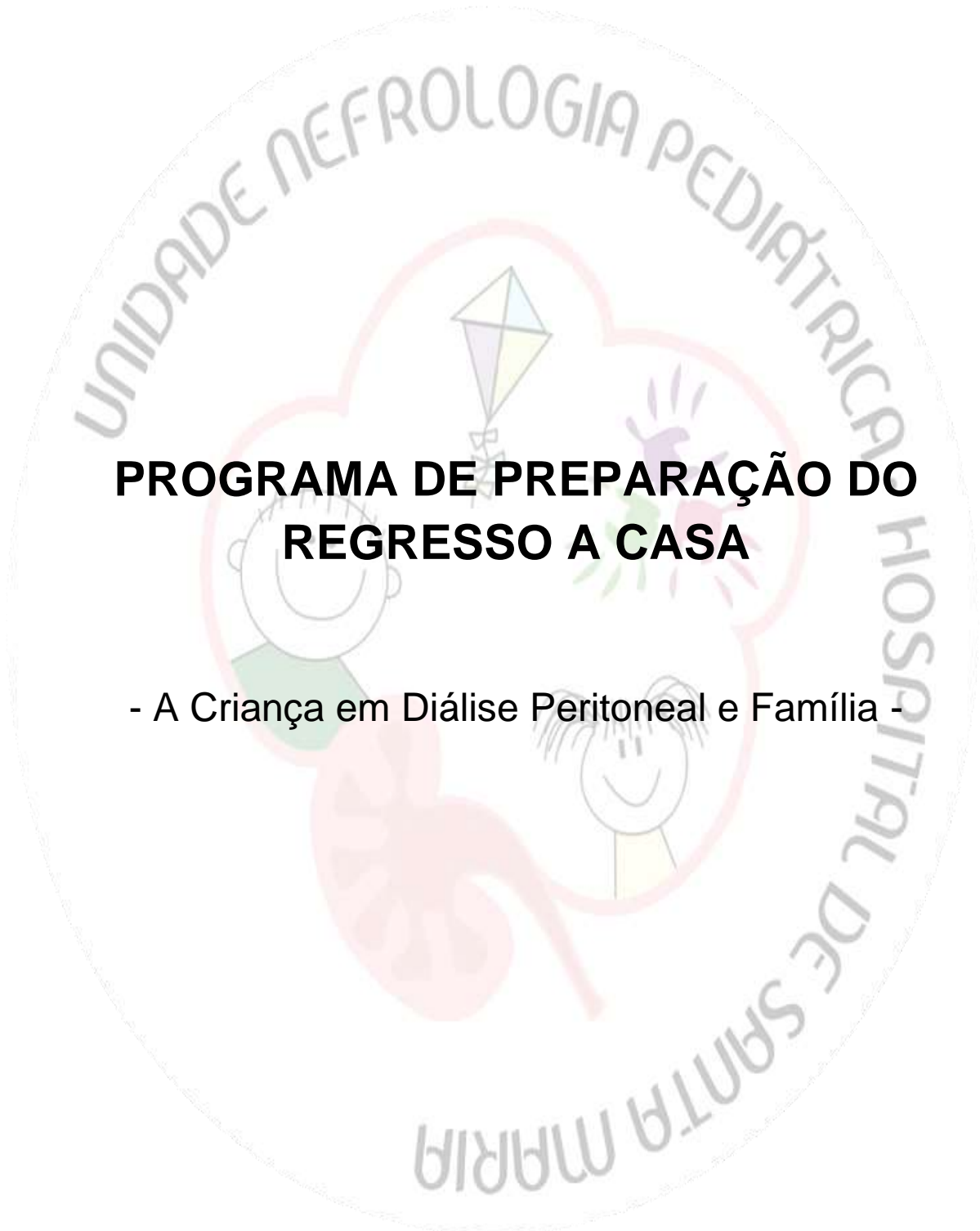
APÊNDICE XII:

Programa de preparação do regresso a casa: a
Criança em diálise peritoneal e Família



PROGRAMA DE PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

- A Criança em Diálise Peritoneal e Família -



PROGRAMA DE PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA:
A Criança em Diálise Peritoneal e Família

Elaborado por:

Carla Coimbra (mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL)

Colaboração de:

Enfermeira Graduada Bela Almeida (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria)

Equipa da Unidade de Nefrologia Pediátrica

Fevereiro, 2014

ÍNDICE

	Págs.
Introdução	1
Enquadramento	2
Colheita de dados	7
Manual de ensino, instrução e treino	8
Anexo I – Plano de ensino, instrução e treino	
Anexo II – Lista de verificação para a alta	
Carta de alta de Enfermagem.....	18
Indicadores de avaliação.....	19
Suporte Informativo	
Suporte informativo para a Criança e Família	21
Suporte informativo para a Equipa	22
Bibliografia	23

ANEXOS

ANEXO III – Diagnóstico de situação

ANEXO IV – Inquérito de satisfação

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do projeto de estágio da autora inserido no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Previamente à elaboração do Programa foram auscultadas as necessidades da Equipa de Enfermagem desta Unidade acerca da preparação para a alta da criança em diálise peritoneal e família (anexo III). Desta forma, este documento está em conformidade com a evidência científica e com a necessidade da Equipa em sistematizar a preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família. Foi, ainda, desenvolvido um trabalho preparatório durante o qual foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados (CINAHL e MEDLINE); consulta de normas da Unidade e reuniões para discussão do documento.

O presente Programa tem o intuito de **contribuir para a melhoria dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem com base na sistematização das estratégias de intervenção junto da Criança em diálise peritoneal e Família, de modo a garantir a continuidade dos cuidados no internamento e no regresso a casa.**

. Tendo como objetivos:

- Sistematizar as etapas da preparação do regresso a casa da Criança e Família;
- Sistematizar o processo de ensino, instrução e treino ¹ na diálise peritoneal pediátrica;
- Uniformizar a prática de cuidados da Equipa de Enfermagem.

É exetável que a implementação e, posterior, avaliação do Programa permita monitorizar indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem à Criança em diálise peritoneal e Família. Uma vez que, um planeamento adequado da alta, com início no momento da admissão, é essencial na redução do tempo de internamento hospitalar e readmissões assegurando a adaptação da Criança e Família à situação e garantindo a qualidade e continuidade de cuidados (OE, 2011a e 2011b).

¹ Ensino: “forma de informar de forma sistematizada sobre um tema”; Instrução: “forma de ensinar, dando informação sistemática sobre como fazer”; Treinar: “Forma de instruir para desenvolver competências” (CIPE® versão 2 – OE, 2010).

Acresce-se ainda que este Programa se encontra dividido em cinco capítulos, tais como: enquadramento teórico; avaliação inicial; o manual de ensino, instrução e treino; carta de alta de Enfermagem; e suporte informativo para o cliente e para a Equipa.

Os instrumentos constituintes do Programa podem sofrer reformulação de acordo com as necessidades da Equipa de Enfermagem e da díade Criança-Família.

ENQUADRAMENTO

A doença renal crónica (DRC) não está incluída nas principais doenças da infância, a nível internacional, no entanto tem vindo a aumentar no nosso país com uma prevalência de 170 casos em 2011 (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2011). No ano de 2011, 28 Crianças com DRC encontravam-se em programa de diálise peritoneal, 13 das quais seguidas na Unidade de Nefrologia Pediátrica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (SPP; 2011).

A Criança com DRC, tal como em outras doenças crónicas, depende da Família relativamente à continuidade de cuidados complexos e especiais, sendo que a doença, pelas suas características, motiva internamentos prolongados, deslocações a consultas e exames constantes e custos de saúde elevados, com o consequente absentismo escolar da criança e alteração na dinâmica da família (Marinheiro, 2002; Tong, Lowe, Sainsbury e Craig, 2010). De modo a minimizar o impacto na dinâmica familiar e no desenvolvimento infantil torna-se uma exigência que o Enfermeiro promova a capacidade da Família para cuidar e adaptar-se à Criança em diálise peritoneal, com base numa prática de cuidados em parceria visando as suas necessidades, as redes de apoio e um adequado planeamento da alta (Marinheiro, 2002; Tong, Lowe, Sainsbury e Craig, 2010; American Academy of Pediatrics, 2012).

A Carta da Criança Hospitalizada (1998) destaca, nos princípios 1 e 9, a importância de os profissionais de saúde numa intervenção organizada e planeada assegurarem a continuidade dos cuidados prestados à Criança, de modo a que a sua admissão no hospital só ocorra se estritamente necessário. Por sua vez, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2012) assume que, a longo prazo, a promoção das relações parentais tem benefícios para a saúde da Criança, tal como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) que valoriza os cuidados antecipatórios, a otimização do papel parental na obtenção de ganhos em saúde infantil e a intervenção precoce.

No âmbito da preparação do regresso a casa da Criança em diálise peritoneal e Família, a intervenção do Enfermeiro tem como objetivo promover a saúde e a qualidade de vida da mesma através da adaptação favorável nos modos fisiológico; autoconceito; função do papel e interdependência (Roy e Andrews, 2001). Exemplificando, perante a dificuldade da Família em cuidar da Criança face à presença de um catéter peritoneal e aos cuidados complexos inerentes

à diálise peritoneal, o Enfermeiro deve intervir ao nível da identificação das potencialidades e necessidades dos pais, respeitando a individualidade da Família, incidindo no ensino, instrução e treino com o objetivo de envolver a Família na tomada de decisão e capacitá-la nos cuidados à Criança. A intervenção de Enfermagem deve, assim, incidir na promoção da adaptação, ou seja, na capacidade que a Pessoa tem em se ajustar ao ambiente através de uma resposta positiva influenciada pelas especificidades da situação, pelos recursos internos, tais como a motivação, a esperança e as potencialidades, e pelo processo de aprendizagem (Roy e Andrews, 2001).

De acordo com a evidência científica os pais da Criança em diálise peritoneal têm necessidade de ensino, treino e instrução para assegurarem a continuidade dos cuidados à Criança com autonomia, segurança e responsabilidade (Tong, Lowe, Sainsbury e Craig, 2008; Tong, Lowe, Sainsbury e Craig, 2010; Elias, Murphy e Council on children with disabilities, 2012). Desta forma, o principal cuidador da Criança deve ser envolvido, desde a admissão hospitalar, no processo de planeamento da alta, numa relação de parceria com os profissionais que vise um cuidado individualizado, em ambiente seguro e otimizador do desenvolvimento infantil.

Anne Casey (1993) assume que os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos e que perante as necessidades de crescimento, de desenvolvimento e de saúde da Criança podem ser alvo de suporte e aprendizagem por parte do Enfermeiro visando a sua capacitação para o cuidado ao seu filho. Para que este modelo de parceria de cuidados seja viável é fundamental que o Enfermeiro respeite a individualidade da Criança e Família, numa relação de parceria, procurando manter a dinâmica familiar e reduzindo a ansiedade de separação vivenciada durante o internamento. A partilha de informação que vise a autonomia e o seu envolvimento no planeamento de cuidados deve atender às necessidades e potencialidades da díade, sendo a avaliação inicial fundamental em todo o processo (Casey, 1993). Em suma, a relação de parceria no cuidar deve envolver as pessoas significativas para a Criança, na sua maioria os pais, respeitando as potencialidades e valorizando o seu papel numa relação terapêutica dinâmica.

Em conformidade com aos aspetos mencionados, o método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência constitui uma atitude válida e desejável. A este método está inerente a humanização dos cuidados, sendo o Enfermeiro de Referência para a díade Criança-Família responsável, desde a admissão até à alta, pela avaliação inicial; estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem; planeamento de cuidados e avaliação do resultado dos mesmos. Este método de trabalho constitui uma mais-valia na preparação do regresso a casa uma vez que se prevê que a tríade (Enfermeiro-Criança-Família) estabeleça uma relação de maior proximidade, em que o profissional tem um conhecimento aprofundado das necessidades e potencialidades do cliente permitindo ao mesmo a adaptação ao desafio em saúde minimizando a medicalização do papel parental e os medos e angústias inerentes ao cuidado à Criança. Por outro lado, a evidência relata que esta organização de cuidados em contexto de doença crónica tem uma estreita relação com a filosofia de Cuidados Centrados na Família, visto que o Enfermeiro de Referência constitui o suporte profissional da díade com base num processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias, pela negociação dos cuidados e por uma relação de confiança e respeito mútuo (Mano, 2002; Smith, Coleman & Bradshaw, 2006).

Também, a comunicação na relação Enfermeiro-cliente (díade Criança e Família) assume um aspeto fulcral na prestação de cuidados, uma vez que se prevê que seja, de um modo continuado, consistente, adequada às particularidades do cliente onde predomine a partilha de informação e conhecimentos. O método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência permite uma relação terapêutica com foco na humanização e na individualidade do cliente, contribuindo para colmatar as necessidades da díade e para uma tomada de decisão partilhada, sendo este profissional o elo de ligação entre o cliente e a equipa multidisciplinar.

O Enfermeiro de Referência enquanto “gestor de caso” partilha, ainda, com os restantes elementos da equipa toda a informação que considerar pertinente de modo a assegurar a continuidade dos cuidados e a promover a qualidade dos mesmos (Costa, 2004).

Em suma, na preparação do regresso a casa prevê-se a “*atribuição da criança e família com necessidade de cuidados a um Enfermeiro que, desde a admissão, gere o processo de cuidar e promove a continuidade de cuidados*” (OE, 2011a, p. 73), tendo como linha orientadora, na busca pelo exercício profissional de excelência, o seguinte fluxograma:

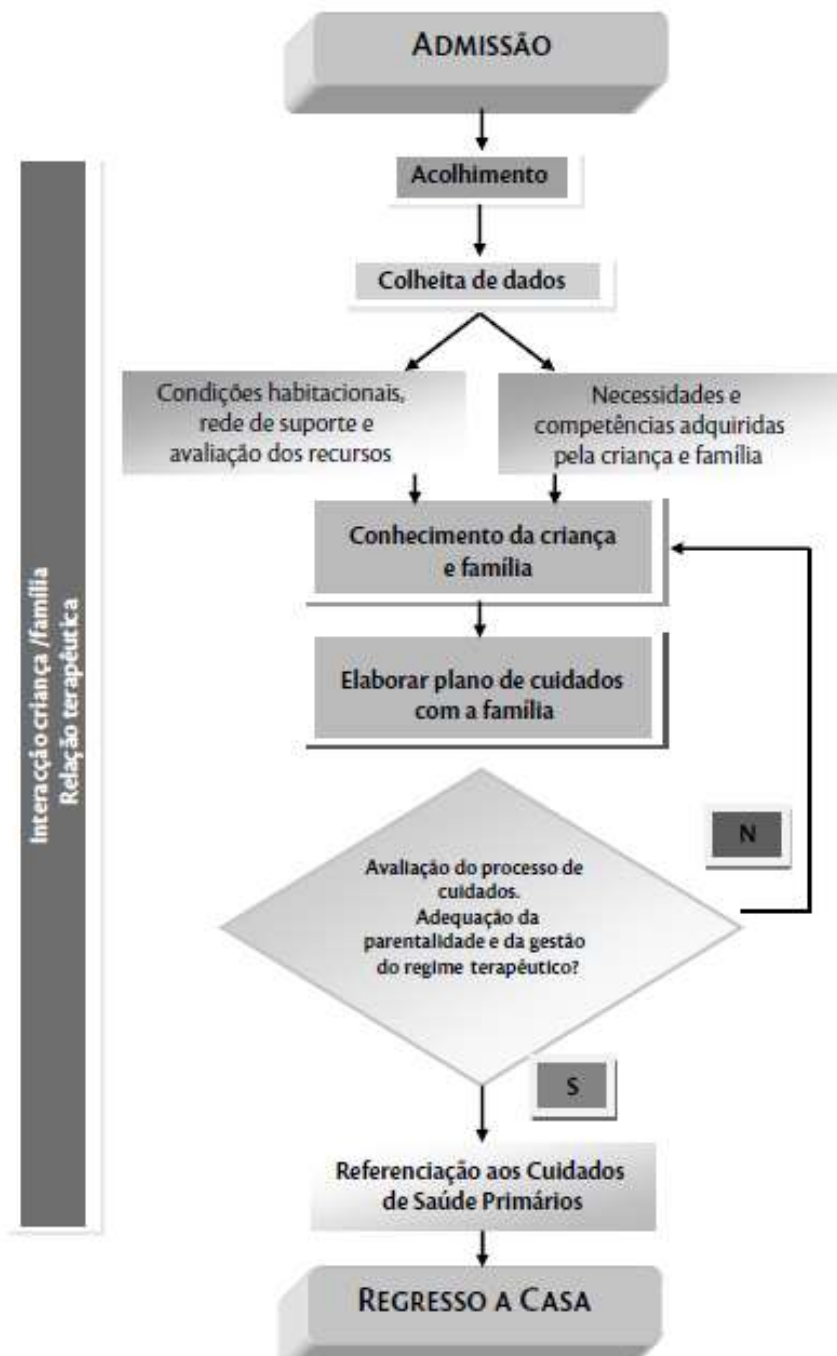


Figura 1: Fluxograma – Preparação do regresso a casa da Criança com necessidade de cuidados. (OE, 2011a, p. 69).

AVALIAÇÃO INICIAL

No âmbito da Criança com doença crónica dependente de tecnologia, o planeamento da alta prevê um adequado processo de ensino, instrução e treino da Criança e Família, precedido de uma avaliação inicial cuidada e atenta às especificidades da Criança e do contexto familiar. Conhecer o cliente constitui um “*processo interativo complexo no decurso da hospitalização, possibilitando a (re)formulação permanente do diagnóstico dos problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem (...)*” (Rebelo, 2012, p. 268).

Nesta fase, o Enfermeiro deve proceder à avaliação inicial da Criança e Família com base numa relação de parceria e de escuta ativa, de modo a recolher dados fundamentais ao planeamento de cuidados antecipatórios à alta. A avaliação inicial deve considerar quer a avaliação da criança (clínica, crescimento e desenvolvimento) quer a avaliação familiar (genograma e ecomapa, tipo de família, habitacional, socioeconómica, cultural, recursos de suporte), tal como o conhecimento sobre a doença e as necessidades/dificuldades sentidas.

A colheita de dados deve ser devidamente registada, existindo um instrumento em papel na Unidade a mobilizar pela Equipa.

MANUAL DE ENSINO, INSTRUÇÃO E TREINO

A educação para a saúde, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, constitui uma intervenção autónoma de Enfermagem (artigo 9º, OE, 2012). Desta forma, o papel pedagógico do Enfermeiro, no âmbito da educação para a saúde, associado à capacitação parental é determinante na adaptação da Família aos cuidados especiais que a Criança necessita no domicílio. Segundo Redman (2003), o conceito de aprendizagem inerente ao processo de ensino, instrução e treino tem uma estreita ligação com o conceito de adaptação, uma vez que a aprendizagem se insere no centro da capacidade de adaptação sob a forma de mudança no desempenho. Torna-se fundamental desenvolver um processo de ensino, instrução e treino que permita melhorar o conhecimento sobre a doença e a adesão ao tratamento; minimizar a insegurança e o medo; prevenir complicações hemodinâmicas e infecciosas; e favorecer o exercício de um papel parental adequado otimizador do desenvolvimento da Criança (Roy & Andrews, 2001).

Após a Criança colocar o catéter peritoneal associado ao agravamento da sua doença renal crónica, **sugere-se que este manual seja aplicado** desde a **admissão** e, preferencialmente, num período de tempo negociado com a Família. Prevê-se ainda a sua aplicação **após a ocorrência de uma complicação infecciosa, internamento prolongado** e sempre que seja pertinente.

O presente manual incide na partilha de informação e na otimização das habilidades técnicas, concomitantemente à atuação em caso de complicações, de modo a garantir a continuidade dos cuidados a estas crianças no domicílio com segurança, qualidade e autonomia. Conjuntamente a este manual, o Enfermeiro deve delinear um plano de cuidados individualizado adequado aos mecanismos de *coping* e aos estímulos influenciadores de uma adaptação favorável a este desafio de saúde, sendo estes últimos por exemplo o conhecimento sobre a doença e a presença de catéter peritoneal no abdómen da Criança.

Apesar da equipa de Enfermagem ter como fio condutor, no seu exercício profissional, a filosofia de Cuidados Centrados na Família, este manual surge da necessidade em uniformizar as práticas de cuidados na equipa de

Enfermagem e os critérios para o regresso a casa destas crianças com doença crónica e dependentes de tecnologia.

O planeamento da alta tem início no momento da admissão, devendo a avaliação inicial sofrer atualização constante. Ao planeamento da alta, considerando a intervenção do Enfermeiro de Referência, estão inerentes as seguintes **orientações para a prática**:

- Estabelecer uma relação de parceria com a família;
- Identificar o principal cuidador da Criança;
- Identificar recursos de suporte na Família (outro elemento significativo para a criança) e na Comunidade;
- Realizar uma visita domiciliária prévia à alta², de modo a avaliar as condições habitacionais e outras particularidades que possam influenciar a adaptação à situação. Nesta visita o Enfermeiro também desempenha um papel importante ao nível da adequação do ambiente familiar à Criança com doença renal crónica em diálise peritoneal;
- Adequar o processo de ensino, instrução e treino às especificidades da Criança e Família;
- Assegurar a articulação com a empresa fornecedora de material;
- Promover a articulação com os cuidados de saúde primários;
- Permitir que previamente à alta (24 a 48h), o principal cuidador da Criança seja responsável por todo o processo intervindo o Enfermeiro como supervisor sempre que necessário, sendo esta atitude previamente negociada. Pretende-se assim avaliar a autonomia, segurança e responsabilidade que assegurem a qualidade dos cuidados à Criança no domicílio;
- Preencher a lista de verificação para a alta, 24h antes da alta;
- Realizar um telefonema pós-alta, preferencialmente entre as 24 e as 48h;
- Realizar visita domiciliária na primeira semana após a alta e, posteriormente, sempre que o Enfermeiro de Referência considerar pertinente sobretudo se existirem sinais de exaustão do principal cuidador associados à especificidade dos cuidados no domicílio.

² Mobilizar documento de registo existente na Unidade.

3. FASE PREPARATÓRIA

Esta fase antecede o processo de ensino, instrução e treino e focaliza, sobretudo, a apresentação da Equipa da Unidade de Nefrologia Pediátrica à Criança e Família e a partilha de informação inerente à avaliação inicial e ao consentimento informado.

- Nomeação do Enfermeiro de Referência para a Criança e Família;
- Reunião com equipa multidisciplinar, Criança e Família;
- Providenciar visita à unidade;
- Providenciar contacto com outras crianças e famílias em idêntica situação.

4. FASE DE ENSINO, INSTRUÇÃO E TREINO

À aplicação do manual estão inerentes as normas de procedimento vigentes na Unidade. De acordo com as *guidelines* da International Society for Peritoneal Dialysis, o processo de ensino, instrução e treino prevê quatro etapas:

- Teórica: abordagem acerca das funções do rim; princípios da diálise peritoneal; características do líquido dialisante; prevenção de infeções, incluindo assepsia e higiene da criança e domicílio.
- Prática: higiene corporal; lavagem das mãos; princípios de assepsia; passos do procedimento manual e automatizado; medidas emergentes em caso de contaminação; resolução de principais problemas; monitorização da tensão arterial e peso corporal; cuidados e avaliação do orifício do catéter.
- Resolução de complicações: principais sinais e sintomas; resolução de principais problemas e formas de atuação/recursos.
- Outros aspetos: diurese residual; peso seco; tensão arterial; dieta; medicação; tempos livres da criança; exercício físico; atividade escolar; animais de estimação; contactos fundamentais (empresa, hospital, profissionais de referência).

O Enfermeiro de Referência deve providenciar material de leitura ou ilustrativo adequado às necessidades e potencialidades da Criança e Família. No

entanto, a equipa está a desenvolver suporte informativo *standard* para complementar o folheto “Cuidados ao orifício do catéter peritoneal”.

4.1. Etapas a seguir:

ATIVIDADES A REALIZAR

1 O Enfermeiro efetua:

- Validação de conhecimentos sobre diálise peritoneal (funções dos rins; finalidade da diálise peritoneal; características do líquido dialisante; características do catéter peritoneal);
- Explicação da importância em monitorizar o peso corporal e a tensão arterial da criança regularmente;
- Explicação da necessidade em cumprir o plano dietético e terapêutico;
- Explicação sobre cuidados de higiene à Criança;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Motivação da Criança e Família.
- Um ciclo manual demonstrando, sem explicação, a execução do procedimento.

2 O Enfermeiro efetua:

- Validação dos conhecimentos do dia anterior;
- Explicação sobre assepsia, lavagem das mãos, higiene corporal e do ambiente;
- Explicação da finalidade do circuito fechado (dialisante-Criança-dialisado);
- Explicação e demonstração acerca do aquecimento do saco de dialisante no ciclo manual;
- Esclarecimento de dúvidas;

- Um ciclo manual explicando o material e os passos do procedimento: lavagem das mãos; fecho de portas e janelas; desinfecção das mãos e colocação de máscara; preparação e organização do material necessário; desinfecção das conexões; conexão; procedimento de infusão e drenagem (particularidades); contabilização do volume; desconexão.

3 O Enfermeiro efetua:

- Validação dos conhecimentos anteriores;
- Explicação sobre as características do líquido de retorno;
- Explicação sobre eventual presença de fibrina;
- Explicação e demonstração da preparação da dose de heparina prescrita;
- Explicação sobre verificação dos sacos de dialisante (limpidez, validade, defeito);
- Explicação sobre atuação perante material com defeito;
- Esclarecimento de dúvidas.

O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):

- Preparação da dose de heparina;
- Ciclo manual com indicações do principal cuidador.

4 O Enfermeiro efetua:

- Validação dos conhecimentos anteriores, sobretudo sobre assepsia;
- Explicação sobre realização do penso do orifício do catéter peritoneal: periodicidade; material; características de um orifício perfeito; sinais e sintomas de alerta e medidas de atuação;
- Demonstração dos cuidados ao orifício do catéter, explicando passo-a-passo;
- Demonstração da acomodação do prolongamento do catéter peritoneal;
- Explicação sobre atividade desportiva mais adequada à Criança;

- Explicação sobre uso de piscinas ou outros meios aquáticos;
- Disponibilização de material informativo;
- Esclarecimento de dúvidas.

5 O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):

- Ciclo manual de diálise com administração de heparina;
- Cuidados ao orifício do catéter após o duche da Criança.

O Enfermeiro:

- Valida conhecimentos anteriores e esclarece dúvidas.
- Elogia e corrige eventuais erros.

6 O Enfermeiro efetua:

- Explicação sobre eventuais complicações infecciosas:
 - Peritonite: vias de contaminação; sinais e sintomas de alerta; atuação.
 - Orifício do catéter: vias de contaminação, sinais e sintomas; atuação.
- Explicação sobre outras complicações:
 - Líquido ou orifício com sinais de traumatismo: acomodação do prolongamento; exercício físico e atuação.
 - Alterações na permeabilidade do catéter: despistar obstipação, dobras no catéter, presença de fibrina.
- Esclarecimento de dúvidas;
- Reforço positivo.

O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):

- Ciclo de diálise manual com administração de heparina;
- Cuidados ao orifício do catéter.

7 O Enfermeiro efetua:

- Explicação sobre complicações hemodinâmicas:
 - Relembrar necessidade em monitorizar o peso corporal, a tensão arterial da criança e o seu débito urinário.
 - Balanço: interpretação de resultados.
- Explicação e demonstração da preparação da cicladora, incluindo assepsia e material;
- Esclarecimento de dúvidas.

8 O Enfermeiro efetua:

- Validação dos conhecimentos anteriores;
- Explicação do funcionamento da cicladora: botões/ícones; parâmetros do tratamento; *bypass* (quando se utiliza e como proceder); principais erros e alarmes;
- Disponibilização de material/*dossier* informativo;
- Preparação da cicladora e conexão da criança mediante indicações do principal cuidador.

9 O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):

- Cuidados ao orifício do catéter peritoneal após o duche da criança;
- Preparação da cicladora e conexão da Criança.

O Enfermeiro efetua:

- Esclarecimento dúvidas corrigindo eventuais erros;
- Avaliação sumária do procedimento;
- Reforço positivo.

10 O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):

- Cuidados ao orifício do catéter peritoneal após o duche da Criança;
- Preparação da cicladora; conexão e desconexão da Criança; interpretação de alarmes.

O Enfermeiro efetua:

- Simulação de alarmes;
- Questões sobre interpretação de parâmetros;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Reforço positivo.

- 11** O principal cuidador presta cuidados à Criança em diálise peritoneal de forma autónoma.

5. ANTES DA ALTA

Na preparação do regresso a casa, o Enfermeiro tem um papel fulcral no despiste da necessidade de apoio psicológico por parte da Criança e Família não devendo descurar os aspetos relacionados com a vinculação e a vigilância de saúde, de modo a garantir o pleno crescimento e desenvolvimento infantil.

Em casos particulares de maior complexidade, nomeadamente em crianças com necessidade de intervenção precoce, deverá existir uma articulação mais estreita com o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica de modo a maximizar a saúde da Criança (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro).

Em suma, o Enfermeiro deve validar o conhecimento e a habilidade do cuidador informal inerente à autonomia nos cuidados à Criança a manter no domicílio, incidindo em temas como a higiene corporal e ambiental; os cuidados ao orifício do catéter peritoneal; a técnica manual e a técnica automatizada; as principais complicações, sua prevenção e atuação; os tempos livres e o exercício físico; a dieta e terapêutica; os contatos e recursos na Comunidade.

De acordo com as *guidelines* da International Society for Peritoneal Dialysis, independentemente do período de tempo deste processo, o cuidador informal da Criança, de preferência os dois elementos, no momento da alta, deve:

- Executar com segurança todos os procedimentos;
- Reconhecer a contaminação, os sinais e sintomas de infeção;
- Identificar as formas de atuação perante a contaminação ou suspeita de infeção.

(Warady *et al.*, 2012, p.34)

ANEXOS

Anexo I

Plano de ensino, instrução e treino



Enfermeiro de Referência: _____

Principal cuidador: _____

Outro elemento: _____

Vinheta da criança

Etapas	Atividades a realizar
1	<p>O Enfermeiro efetua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validação de conhecimentos sobre diálise peritoneal (funções dos rins; finalidade da diálise peritoneal; características do líquido dialisante; características do catéter peritoneal); - Explicação da importância em monitorizar o peso corporal e a tensão arterial uma vez por semana ou com outra periodicidade conforme as necessidades da Criança; - Explicação da necessidade de cumprir plano dietético e terapêutico; - Explicação sobre cuidados de higiene à Criança; - Esclarecimento de dúvidas; - Motivação da Criança e Família. - Um ciclo manual demonstrando, sem explicação, a execução do procedimento.
<p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p>Participação: Mãe ____ Pai ____ Outro _____</p> <p>Conhecimento: Demonstrado ____ Não Demonstrado ____</p> <p>Observações:</p>	
2	<p>O Enfermeiro efetua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validação dos conhecimentos do dia anterior; - Explicação sobre assepsia, lavagem das mãos, higiene corporal e do ambiente; - Explicação da finalidade do circuito fechado (dialisante-Criança-dialisado); - Explicação e demonstração acerca do aquecimento do saco de dialisante no ciclo manual; - Esclarecimento de dúvidas; - Um ciclo manual explicando o material e os passos do procedimento: lavagem das mãos; fecho de portas e janelas; desinfecção das mãos e colocação de máscara; preparação e organização do material necessário; desinfecção das conexões; conexão; procedimento de infusão e drenagem (particularidades); contabilização do volume; desconexão.



Data: __/__/__

Participação: Mãe __ Pai__ Outro__

Conhecimento: Demonstrado __ Não Demonstrado __

Observações:

3

O Enfermeiro efetua:

- Validação dos conhecimentos anteriores;
- Explicação sobre as características do líquido de retorno;
- Explicação sobre eventual presença de fibrina;
- Explicação e demonstração da preparação da dose de heparina prescrita;
- Explicação sobre verificação dos sacos de dialisante (limpidez, validade, defeito);
- Explicação sobre atuação perante material com defeito;
- Esclarecimento de dúvidas.

O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):

- Preparação da dose de heparina;
- Ciclo manual.

Data: __/__/__

Participação: Mãe __ Pai__ Outro__

Conhecimento: Demonstrado __ Não Demonstrado __

Habilidade: Demonstrada __ Não Demonstrada __

Observações:

4

O Enfermeiro efetua:

- Validação dos conhecimentos anteriores, sobretudo sobre assepsia;
- Explicação sobre realização do penso do orifício do catéter peritoneal: periodicidade; material; características de um orifício perfeito; sinais e sintomas de alerta e medidas de atuação;
- Demonstração dos cuidados ao orifício do catéter, explicando passo-a-passo;
- Demonstração da acomodação do prolongamento do catéter peritoneal;



	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação sobre atividade desportiva mais adequada à Criança; - Explicação sobre uso de piscinas ou outros meios aquáticos; - Disponibilização de material informativo; - Esclarecimento de dúvidas.
<p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p>Participação: Mãe __ Pai__ Outro_____</p> <p>Conhecimento: Demonstrado __ Não Demonstrado __</p> <p>Observações:</p>	
5	<p>O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciclo manual de diálise com administração de heparina; - Cuidados ao orifício do catéter após o duche da Criança. <p>O Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valida conhecimentos anteriores e esclarece dúvidas. - Elogia e corrige eventuais erros.
<p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p>Participação: Mãe __ Pai__ Outro_____</p> <p>Conhecimento: Demonstrado __ Não Demonstrado __</p> <p>Habilidade: Demonstrada __ Não Demonstrada __</p> <p>Observações:</p>	
6	<p>O Enfermeiro efetua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicação sobre eventuais complicações infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> - Peritonite: vias de contaminação; sinais e sintomas de alerta; atuação. - Orifício do catéter: vias de contaminação, sinais e sintomas; atuação. - Explicação sobre outras complicações: <ul style="list-style-type: none"> - Líquido ou orifício com sinais de traumatismo: acomodação do prolongamento; exercício físico e atuação. - Alterações na permeabilidade do catéter: despistar obstipação, dobras no catéter, presença



	<p>de fibrina.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Reforço positivo. <p>O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciclo de diálise manual com administração de heparina; - Cuidados ao orifício do catéter.
	<p style="text-align: right;">Data: __/__/__</p> <p>Participação: Mãe __ Pai__ Outro_____</p> <p>Conhecimento: Demonstrado __ Não Demonstrado __</p> <p>Habilidade: Demonstrada __ Não Demonstrada __</p> <p>Observações:</p>
7	<p>O Enfermeiro efetua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicação sobre complicações hemodinâmicas: <ul style="list-style-type: none"> - Lembrar necessidade em monitorizar o peso corporal, a tensão arterial da Criança e o seu débito urinário. - Balanço: interpretação de resultados. - Explicação e demonstração da preparação da cicladora, incluindo assepsia e material; - Esclarecimento de dúvidas.
	<p style="text-align: right;">Data: __/__/__</p> <p>Participação: Mãe __ Pai__ Outro_____</p> <p>Conhecimento: Demonstrado __ Não Demonstrado __</p> <p>Observações:</p>
8	<p>O Enfermeiro efetua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validação dos conhecimentos anteriores; - Explicação do funcionamento da cicladora: botões/ícones; parâmetros do tratamento; <i>bypass</i> (quando se utiliza e como proceder); principais erros e alarmes;



	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilização de material/<i>dossier</i> informativo; - Preparação da cicladora e conexão da Criança mediante indicações do principal cuidador.
<p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p>Participação: Mãe ____ Pai ____ Outro _____</p> <p>Conhecimento: Demonstrado ____ Não Demonstrado ____</p> <p>Habilidade: Demonstrada ____ Não Demonstrada ____</p> <p>Observações:</p>	
9	<p>O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados ao orifício do catéter peritoneal após o duche da Criança; - Preparação da cicladora e conexão da Criança. <p>O Enfermeiro efetua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento dúvidas corrigindo eventuais erros; - Avaliação sumária do procedimento; - Reforço positivo.
<p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p>Participação: Mãe ____ Pai ____ Outro _____</p> <p>Conhecimento: Demonstrado ____ Não Demonstrado ____</p> <p>Habilidade: Demonstrada ____ Não Demonstrada ____</p> <p>Observações:</p>	
10	<p>O principal cuidador realiza (com supervisão do Enfermeiro):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados ao orifício do catéter peritoneal após o duche da Criança; - Preparação da cicladora; conexão e desconexão da Criança; interpretação de alarmes. <p>O Enfermeiro efetua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simulação de alarmes; - Questões sobre interpretação de parâmetros; - Esclarecimento de dúvidas; - Reforço positivo.



Data: __/__/__

Participação: Mãe __ Pai__ Outro__

Conhecimento: Demonstrado __ Não Demonstrado __

Habilidade: Demonstrada __ Não Demonstrada __

Observações:

11

O principal cuidador presta cuidados à Criança em diálise peritoneal de forma autónoma.

Anexo II

Lista de verificação para a alta

UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA A ALTA



Vinheta da Criança

	Sim	Não
Validação do plano de ensino, instrução e treino.		
Apresentação da criança e família à equipa de Enfermagem da empresa de diálise.		
Articulação com empresa responsável pelo fornecimento de material.		
Disponibilização de <i>clamps</i> .		
Plano alimentar personalizado.		
Folha de terapêutica actualizada.		
Verificar fornecimento de medicação mensal.		
Contacto da Unidade.		
Agendada visita domiciliária.		
Agendada sessão em hospital de dia.		
Orientação para a prática de actividades desportivas adequadas.		
Encaminhamento para os cuidados de saúde primários.		
Elucidação sobre recursos da comunidade (por exemplo o Blog Criança&Rim e a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais).		

Enfermeiro de Referência:

___/___/___

CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

De acordo com a evidência científica, a diálise peritoneal tem impacto na qualidade de vida da Criança ao nível físico, emocional, social e familiar, apesar de em menor escala comparativamente com a hemodiálise (López, Escribano, García, Pablos & Cantanero, 2010). Neste sentido, importa que estes aspetos sejam validados num momento antecipatório à alta não descurando o devido registo, preferencialmente, informático com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

A comunicação efetiva e a partilha de informação entre profissionais é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados no pós-alta. Desta forma, os registos de Enfermagem, seja em formato de carta de alta ou no Boletim Individual de Saúde, constituem um instrumento fulcral que visa garantir a continuidade dos cuidados no domicílio e uma efetiva articulação com outros recursos profissionais ou na Comunidade. Este suporte de informação para os profissionais devem espelhar a individualidade da Criança e da Família, quer ao nível fisiológico quer ao nível da função do papel e da interdependência.

Tal como foi mencionado na introdução, a carta de alta vigente pode sofrer reformulações caso haja necessidade da Equipa ou face à especificidade da Criança e Família.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Como já foi referido, este Programa prevê a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem com foco na uniformização da prática e nos ganhos em saúde.

Segundo Doran (2011), os enfermeiros “*are being challenged to find ways to demonstrate that the care they provide leads to improved outcomes for patients*” (p.7). Assim, com o intuito de espelhar o contributo do cuidado de Enfermagem na saúde da Criança em diálise peritoneal, este Programa visa a avaliação e monitorização de indicadores.

Os indicadores propostos têm como fio condutor os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011b), estando a sua avaliação prevista anualmente. Neste contexto há ainda a referir que o Anexo IV apresenta o inquérito de satisfação a aplicar ao principal cuidador da Criança.

Taxa de aplicabilidade do Programa

$\frac{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal a quem foi aplicado o Programa}}{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal seguidas na Unidade}}$	X 100
--	-------

Taxa de satisfação do cliente com a aplicabilidade do programa

$\frac{\text{N.º de pais satisfeitos com o Programa}}{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal a quem foi aplicado o Programa}}$	X 100
---	-------

Taxa de ganhos em conhecimento nos cuidados à criança em diálise peritoneal

$\frac{\text{N.º de pais que adquiriram conhecimento}}{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal a quem foi aplicado o Programa}}$	X 100
--	-------

Taxa de ganhos em habilidade na execução dos cuidados à criança em diálise peritoneal

$\frac{\text{N.º de pais que adquiriram habilidade}}{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal a quem foi aplicado o Programa}}$	X 100
--	-------

Taxa de readmissões por complicação infecciosa

$\frac{\text{N.º de crianças readmitidas por complicação infecciosa}}{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal a quem foi aplicado o Programa}}$	X 100
---	-------

Taxa de readmissão por complicação hemodinâmica

$\frac{\text{N.º de crianças readmitidas por complicação hemodinâmica}}{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal a quem foi aplicado o Programa}}$	X 100
---	-------

Taxa de readmissão por inadaptação do principal cuidador

$\frac{\text{N.º de crianças readmitidas por inadaptação do cuidador}}{\text{N.º de pais de crianças em diálise peritoneal a quem foi aplicado o Programa}}$	X 100
--	-------

SUPORTE INFORMATIVO

Suporte informativo para a Criança e Família

1. Folheto: *Cuidados ao orifício do catéter peritoneal – orientações para a Criança e Família*.
2. Ribeiro, L.; Rego, C. & Jardim, H. (2002). *Alimentação e Insuficiência Renal Crónica em Idade Pediátrica*. Porto: Serviço de Pediatria Médica/Hospital de São João e ROCHE.

Suporte informativo para a Equipa

1. Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.
2. Monteiro, M.A.J. (coord.). Preparação do regresso a casa da criança com necessidade de cuidados. In Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
3. Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. *Criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Diário da República. 1ª série. N.º 193. pp. 7298 – 7301.
4. Gonçalves, R. & Simão, C. (2004). Vacinação na Criança com Doença Renal Crónica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 3 (35). 255-259.
5. Warady, B.; Bakkaloglu, S.; Newland, J.; Cantwell, M.; Verrina, E.; Neu, A.; Chadha, V.; Yap, H. & Schaefer, F. (2012). Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: 2012 update. *Peritoneal Dialysis International*. 32. pp. 32-86. DOI: 10.3747/pdi.2011.00091.
6. Bernardini, J.; Price, V. & Figueiredo, A. (2006). Peritoneal Dialysis Patient Training: ISPD Guidelines/Recommendations. *Peritoneal Dialysis International*. 26 (6). pp. 625–632.
7. Coleman, J.; Edefanti, A. & Watson, A. (s/d). *Guidelines by an ad hoc European Committee on the assessment of growth and nutritional status in children on chronic peritoneal dialysis*. Acedido em 28-12-2013. Disponível em www.ispd.org/guidelines/hoc.pdf.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (9). 691-696.
- Bernardini, J.; Price, V. & Figueiredo, A. (2006). Peritoneal Dialysis Patient Training: ISPD Guidelines/Recommendations. *Peritoneal Dialysis International*. 26 (6). pp. 625–632.
- Casey A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In Edward Glasper & Anne Tucker (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press. 183-193.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 18-01-2013. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30 (10). 234-251.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. *Criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Diário da República. 1ª série. N.º 193. pp. 7298 – 7301.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Acedido em 10-10-2012. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 02-06-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes. State of the Science*. (2ª Ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Elias, E. R.; Murphy, N. A. & Council on children with disabilities (2012). Home Care of Children and Youth with Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 129. 996-1005. DOI: 10.1542/peds.2012-0606

- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (5). 1178-1187.
- Instituto de Apoio à Criança/ Humanização dos serviços de atendimento à criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- López, C.A.; Escribano, A.F.; García, E.I.; Pablos, A.L. & Cantanero, G.G. (2010). Measurement of Health related quality of life in children with chronic kidney disease using a specific test. Influence of treatment. *Nefrologia*. 30 (2). pp177-184.
- Mano, M.J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*. 8. pp. 53-61.
- Marinheiro, P. P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido em 21-10-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_I ndicadores-VFOut2007.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Acedido em 28-02-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.
Acedido em 07-05-2013. Disponível em
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: FORMASAU.
- Rebelo, M. T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In Marta Lima Bastos (org.). *Cuidar em Enfermagem: Saberes da Prática*. Coimbra: Formasau.
- Redman, Barbara (2003). *A prática da educação para a saúde* (9ªEd.). Loures: Lusociência.
- Roy C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem –O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Smith, L.; Coleman, V. & Bradshaw, M (2006). Family-centred care. In J. Richardson and A. Glasper. *A Textbook of Children's and Young People's Nursing* (2ªEd.). Edinburgh: Elsevier.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Nefrologia Pediátrica. *Registo Português de IRC pediátrica em Tratamento de Substituição Renal*.
Acedido em 02-04-2013. Disponível em:
<http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=20>
- Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health & Development*. 36(4). 549–557. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x
- Tong, A.; Lowe, A.; Sainsbury, P. & Craig, J. C. (2008). Experiences of Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Pediatrics*. 121. 349-361. DOI: 10.1542/peds.2006-3470.
- Unicef (1989). *Convenção dos Direitos da Criança*. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>

- Vessey, J. A. & Mebane, D. J. (2000). Chronic conditions and child development. In P. L. Jackons & J. A. Vessey. *Primary care of the child with a chronic condition* (3ª edição). St. Louis: Mosby.
- Warady, B.; Bakkaloglu, S.; Newland, J.; Cantwell, M.; Verrina, E.; Neu, A.; Chadha, V.; Yap, H. & Schaefer, F. (2012). Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: 2012 update. *Peritoneal Dialysis International*. 32. pp. 32-86. DOI: 10.3747/pdi.2011.00091.
- Ward, G. (2005). Cuidados renais na Infância e Adolescência. In N. Thomas (Ed). *Enfermagem em Nefrologia*. Loures: Lusociência.
- Watson, A. R. & Gartland, C. (2003). *Guidelines by an ad hoc european committee for elective chronic peritoneal dialysis in pediatric patients*.
Acedido em 20-01-2014. Disponível em:
<http://ispd.org/media/pdf/adhoceurope.pdf>.

ANEXOS

Anexo III

Diagnóstico de situação

FORMULÁRIO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretende-se desenvolver na Unidade de Nefrologia Pediátrica um programa de preparação para a alta que vise a capacitação da Criança e Família em diálise peritoneal. Isto porque o planeamento da alta, desde o momento da admissão, constitui um processo chave para a continuidade dos cuidados à Criança com qualidade, segurança e responsabilidade no internamento e no domicílio.

Atendendo a estes pressupostos e, baseado na sua experiência profissional, agradecia que respondesse às questões que a seguir se colocam.

1. Perante a Criança e Família com doença renal crónica em diálise peritoneal, internada na Unidade, que importância atribui ao método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência?

Assinale com X a resposta que melhor representa a sua opinião	
Nada importante	
Pouco importante	
Muito Importante	

2. Considera vantajoso a existência de um plano de cuidados antecipatórios à alta com orientações para a família, de modo a que esta desenvolva competências para cuidar da Criança em diálise peritoneal? Justifique.

Obrigada pela colaboração!

Estou disponível para esclarecimentos.

Carla Coimbra

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aplicação do formulário, segue-se a caracterização da amostra e a avaliação dos resultados:

Amostra

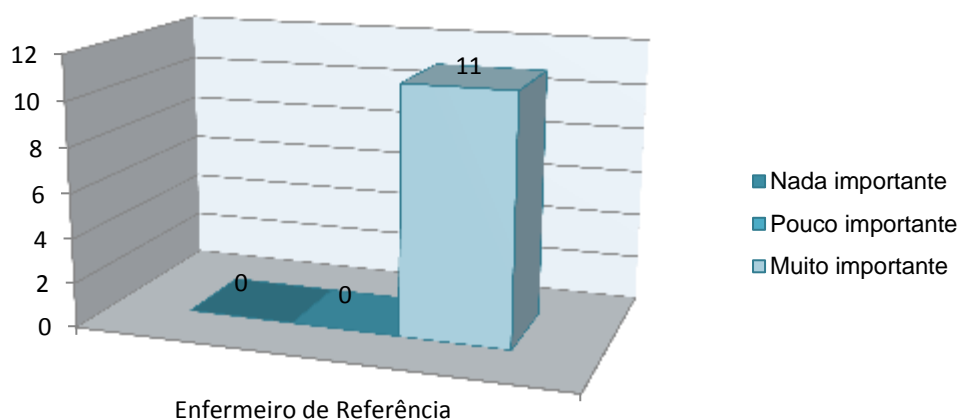
Apesar da equipa de enfermagem da Unidade onde exerço funções ser constituída por 14 colaboradores, por motivo de férias, o formulário foi aplicado apenas a 11 elementos. O mesmo foi aplicado no período de 29 de Abril a 3 de Maio de 2013, garantindo-se a confidencialidade dos dados.

Dos 11 participantes, 2 exercem funções de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (um dos elementos complementa com funções de chefia) e 1 exerce funções de Enfermeiro Especialista em Reabilitação. Os restantes prestam cuidados gerais de Enfermagem.

Não existindo chefes de equipa, dado o reduzido número de enfermeiros e vagas (8), a prestação de cuidados tem com base o método de trabalho individual.

Resultados – Questão 1

Gráfico 1: Importância atribuída, pelos enfermeiros, ao método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência no internamento da Criança em diálise peritoneal



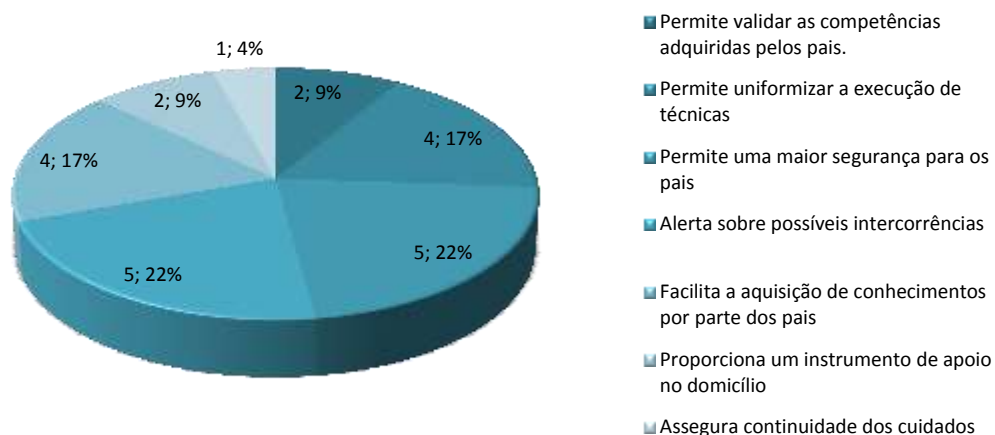
Apesar das diferenças na formação e competências dos colaboradores, todos, sem exceção, consideraram o método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência vantajoso nos cuidados à Criança com DRC em diálise peritoneal e sua Família.

Resultados – Questão 2

Sendo o ponto 2 uma questão aberta surgiu uma variedade de respostas, no entanto todos consideraram vantajoso o programa de preparação para a alta. Após analisar as respostas dos formulários por temas, emergiram 6 resultados principais.

À pergunta: *“Considera vantajoso a existência de um plano de cuidados antecipatórios à alta com orientações para os pais, de modo a que estes desenvolvam competências para cuidar da criança em programa de diálise peritoneal? Justifique”*, surgiram como vantagens principais:

Gráfico 2: Vantagens do programa de preparação para a alta - ocorrências (número e percentagem)



Anexo IV
Inquérito de satisfação

**PROGRAMA “PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: A CRIANÇA EM
DIÁLISE PERITONEAL E FAMÍLIA”**

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO

De modo a avaliar a sua satisfação com a intervenção de Enfermagem, solicitamos que responda de forma autêntica às seguintes questões dando, assim, um contributo para a melhoria das próximas intervenções.

Garantimos a confidencialidade da sua opinião, por favor não se identifique. Apenas coloque uma cruz (x) na opção que melhor exprime a sua opinião.

Obrigada!

Motivo do internamento: Treino __ Complicação __ Outro _____

Duração do internamento: _____

Enfermeiro de Referência: S__ N__

Programa				
	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Nomeação de Enfermeiro de Referência.				
Planeamento do ensino, instrução e treino.				
Execução do ensino, instrução e treino.				
Adequado às suas necessidades.				
Temas abordados.				
Correspondência dos temas abordados com as suas expectativas.				
Pertinência dos temas para a continuidade dos cuidados no domicílio.				
Realização de visita domiciliária prévia à alta.				
Realização de visita domiciliária após a alta.				

Enfermeiro				
	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Disponibilidade.				
Domínio dos temas.				
Tipo de linguagem.				
Relacionamento com a Criança.				
Relacionamento com a Família.				
Encorajamento dado à Família				

Sugestões:

APÊNDICE XIII:

Folheto: Cuidados ao orifício do catéter peritoneal –
orientações para a Criança e Família



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, TPE



*O seu filho tem um catéter peritoneal
que lhe permite realizar diálise...*

.... continue a mimá-lo e a estimulá-lo
com todo o amor e carinho contribuindo
para que seja uma criança feliz e com
um desenvolvimento adequado à idade.
O banho e os tempos livres podem
continuar a ser divertidos!

Se precisar de ajuda não hesite,
contate:

Unidade de Nefrologia Pediátrica

217 805 204

Associação Portuguesa de Insuficientes

Renais

218 371 654

<http://www.apir.org.pt/>

Blog Criança&Rim

<http://blogcriancaerim.blogspot.pt/>

Elaborado por:

Carla Coimbra (mestranda do 4º
CMEESIP, ESEL).

Colaboração de:

Enfermeira Graduada Bela
Almeida (EESIP)

Cuidados ao orifício do catéter peritoneal

Orientações para a Criança e Família



O penso deve ser realizado diariamente após o duche da criança.

Material:

- Mesa de apoio;
- Sabão líquido para lavagem das mãos;
- Desinfetante para mãos;
- Máscara facial (criança e cuidador);
- Compressas esterilizadas;
- Ampola de soro fisiológico esterilizado;
- Penso poroso;
- Bolsa protetora/rede abdominal.



PROCEDIMENTO

1. Fechar portas, janelas ou outras fontes de ventilação;
2. Reunir todo o material necessário na mesa de apoio;
3. Colocar máscara (criança e cuidador);
4. Lavar as mãos com sabão líquido;
5. Retirar o penso;
6. Desinfetar as mãos com solução fornecida;
7. Avaliar as características do orifício e a integridade do prolongamento;
8. Limpar o orifício com compressas embebidas em soro fisiológico, do centro para a periferia em movimentos circulares;
9. Secar bem com uma compressa seca;
10. Não retirar crostas;
11. Limpar o prolongamento do catéter com compressa embebida em soro fisiológico;
12. Tapar o orifício com penso poroso esterilizado, respeitando a posição natural do catéter;
13. Imobilizar o prolongamento com bolsa protetora, rede abdominal ou adesivo poroso.

COMPLICAÇÕES E COMO ATUAR

Se existir vermelhidão, pús, inchaço ou dor no orifício contacte a Unidade.

Se ocorrer uma perfuração do prolongamento coloque um *clamp* na porção junto à criança e dirija-se de imediato ao serviço de urgência.

Se ocorrer uma desconexão coloque uma tampa esterilizada e dirija-se de imediato ao serviço de urgência.

Para prevenir infeções...




- Privilegie o duche com chuveiro;
- Evite que o prolongamento do catéter fique submerso durante o banho de imersão;
- Realize o penso diariamente conforme o procedimento;
- Utilize adesivo poroso para o penso.

Para prevenir traumatismos....

- Ao limpar o orifício, respeite a posição natural do catéter;
- Imobilize o prolongamento com bolsa protetora ou rede abdominal;
- Questionar a Equipa da Unidade de Nefrologia Pediátrica sobre as atividades desportivas mais adequadas.

APÊNDICE XIV:

Norma de Procedimento: Cuidados ao orifício
do catéter peritoneal

		UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	
NORMA N.º 1 - CUIDADOS AO ORIFÍCIO DO CATÉTER PERITONEAL		Aprovado em: 03/03/2014  Carla Coimbra	
Elaborado por: Carla Coimbra (mestranda do 4º CMEESIP, ESEL); Enfermeira Graduada Bela Almeida.	Revisto em 21/02/2014  Fernando	Revisão em: Fevereiro/2015	

1. OBJECTIVOS

A aplicação da norma na prática de cuidados de Enfermagem visa a promoção da melhoria contínua da qualidade, pelo que se pretende:

- Uniformizar a prática de cuidados de Enfermagem;
- Monitorizar as características do orifício do catéter peritoneal;
- Prevenir complicações infecciosas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Face ao acréscimo do número de crianças com doença crónica, assiste-se a uma sobrevivência da criança associada à dependência de tecnologia como são os casos de crianças com doença renal crónica em programa de diálise peritoneal. O desenvolvimento da tecnologia permitiu criar equipamentos adaptáveis ao domicílio proporcionando, mais precocemente, a alta hospitalar da criança e a continuidade dos cuidados de que necessita num ambiente que lhe é familiar (Vessey e Mebane, 2000). Apesar da técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria ser utilizada internacionalmente desde 1976 e de todos os avanços técnicos, a peritonite e a infeção do orifício do catéter continuam a ser as complicações mais temidas, uma vez que estão no topo das causas de morbilidade, falência da técnica e, consequentemente, qualidade de vida da criança e família. Face às especificidades da idade pediátrica, a prevenção das infeções constitui um elemento-chave para a qualidade de vida da criança, pelo que um planeamento adequado da alta é determinante, de modo a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio com qualidade e a assegurar a redução do tempo/custos de internamento hospitalar e as readmissões (SPP, 2011). Em busca de um exercício profissional com qualidade torna-se, cada vez mais, pertinente o desenvolvimento de competências e de boas práticas com vista à criação e manutenção de um ambiente seguro que desenvolva as potencialidades da criança e família, sobretudo na criança com doença crónica dependente de tecnologia no domicílio.

3. ÂMBITO

Esta norma de procedimento aplica-se a todas as atividades desempenhadas pelos Enfermeiros da Unidade de Nefrologia Pediátrica, no âmbito dos cuidados à Criança/Família em diálise peritoneal.

4. PROCEDIMENTO

Na primeira semana após colocação do catéter peritoneal preconiza-se que:

- O penso não seja realizado, exceto se estiver repassado;
- Sejam realizados cuidados de higiene parciais;
- O repouso seja privilegiado;
- O 1º penso seja realizado com técnica asséptica, incluindo luvas esterilizadas, após uma semana.

Após a primeira semana, o penso deve ser realizado diariamente e depois do duche.

Material:

Mesa de apoio;

Sabão líquido para lavagem das mãos;

Toalhetes de papel;

Desinfetante para mãos;

Máscara facial (enfermeiro/criança/cuidador informal);

Compressas esterilizadas;

Ampola de soro fisiológico esterilizado;

Penso poroso;

Bolsa protetora/rede abdominal.

Procedimento

- Preparação da unidade da criança:
 - Verificar se as janelas e porta estão fechadas;
 - Reunir apenas as pessoas fundamentais ao procedimento.

- Preparação do material:
 - Reunir todo o material necessário numa mesa de apoio junto da criança.

- Execução do penso:

<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Justificação/Comentários</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Colocar máscara (enfermeiro, criança e cuidador informal);2. Lavagem das mãos com sabão líquido, de acordo com a técnica preconizada na Unidade;3. Retirar o penso;4. Realizar fricção antisséptica das mãos;5. Avaliar o orifício do catéter, atribuindo um <i>score</i> de acordo com a escala (anexo I);6. Embeber as compressas com soro fisiológico e limpar o orifício, do centro para a periferia em movimentos circulares;7. Ao limpar o orifício, evite a tração do catéter e a remoção de crostas;8. Secar bem o orifício usando uma compressa seca;9. Limpar o prolongamento do catéter com compressa embebida em soro fisiológico;10. Avaliar a existência de alterações no prolongamento, por exemplo perfurações ou dobras;11. Tapar o orifício com penso poroso esterilizado, respeitando a posição natural do catéter;12. Imobilizar o catéter e o prolongamento com bolsa protetora, rede abdominal ou adesivo poroso;13. Despistar possíveis alergias ao adesivo;14. Realizar registos no processo da criança em folha própria (anexo II). <p>Nota: Na presença de <i>SCORE</i> > 3, exsudado ou traumatismo solicitar avaliação médica.</p>	<p>Prevenir complicações infecciosas por contaminação.</p> <p>Despistar possíveis complicações.</p> <p>É desaconselhável o uso de outros solutos como iodopovidona ou peróxido de hidrogénio, uma vez que atrasa a cicatrização do orifício.</p> <p>Despistar possíveis complicações.</p> <p>Prevenir complicações infecciosas associadas a penso oclusivo.</p> <p>Evitar tração do catéter e traumatismos.</p> <p>Monitorizar as características do orifício do catéter.</p>

Orientações à Criança e Família

- Privilegiar ambiente calmo e higienizado;
- Realizar penso diariamente após o duche (uso de sabonete líquido com pH neutro);
- Realizar procedimento conforme a norma;
- Observar diariamente as características do orifício e comunicar à Unidade caso haja alterações;
- Acomodar o prolongamento de modo a prevenir traumatismos;
- Evitar exercício físico de contato;
- Nas primeiras 6 semanas após colocação do catéter é desaconselhável o banho de imersão e os banhos em piscinas públicas ou rios, de modo a prevenir complicações infecciosas. Posteriormente, nestas situações a criança e família devem ser orientados no sentido de proteger o orifício e todo o prolongamento com um penso impermeável oclusivo, sendo o penso refeito após saída da água.
- Em caso de dano no catéter, por exemplo perfuração, deve colocar *clamps* na porção proximal à criança, dirigindo-se de imediato ao serviço de urgência.

5. BIBLIOGRAFIA

- Geary, D. & Schaefer, F. (2008). *Comprehensive Pediatric Nephrology*. Philadelphia: Mosby, p. 830.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Nefrologia Pediátrica. *Registo Português de IRC pediátrica em Tratamento de Substituição Renal*. Acedido em 02-04-2013. Disponível em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=20>
- Vessey, J. A. & Mebane, D. J. (2000). Chronic conditions and child development. In P. L. Jackons & J. A. Vessey. *Primary care of the child with a chronic condition* (3ª edição). St. Louis: Mosby.
- Warady, B.; Bakkaloglu, S.; Newland, J.; Cantwell, M.; Verrina, E.; Neu, A.; Chadha, V.; Yap, H. & Schaefer, F. (2012). Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: 2012 update. *Peritoneal Dialysis International*. 32. pp. 32-86. DOI: 10.3747/pdi.2011.00091.
- Watson, A. R. & Gartland, C. (2003). *Guidelines by an ad hoc european committee for elective chronic peritoneal dialysis in pediatric patients*. Acedido em 20-01-2014. Disponível em: <http://ispd.org/media/pdf/adhoceurope.pdf>

6. ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ORIFÍCIO DO CATÉTER PERITONEAL

ANEXO II – FOLHA DIÁRIA DE REGISTO DE ENFERMAGEM

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ORIFÍCIO DO CATÉTER PERITONEAL

Escala de Avaliação do Orifício do Catéter Peritoneal

	0	1	2
Edema	Não	Peri – orifício (< 0,5 cm)	Incluindo túnel
Crosta	Não	< 0,5 cm	> 0,5 cm
Eritema	Não	< 0,5 cm	> 0,5 cm
Dor (pressionar)	Não	Ligeira	Severa
Exsudado	Não	Seroso	Purulento

Nota: Considera-se infecção se *SCORE* > 3.

Traduzido de: Geary, D. & Schaefer, F. (2008). *Comprehensive Pediatric Nephrology*. Philadelphia: Mosby, p. 830.

ANEXO II – FOLHA DIÁRIA DE REGISTO DE ENFERMAGEM



Hospital
Pío del Val

Peso: _____

[illegible]

Avaliação do orifício do catéter peritoneal: Edema____ Crosta____ Eritema____ Dor____ Exsudado____ **SCORE**_____

ANEXOS

ANEXO I:
Certificados de presença

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

7º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA



Escola Superior de Saúde
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Certifica-se que

Carla Sofia Marchante Pombro

esteve presente no Seminário "Cuidar com Competência, Crescer com Saúde", que decorreu nos dias 30 e 31 de Outubro de 2013, no Auditório da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

P/ **Comissão Científica**

**O Presidente do Conselho
da Direcção da ESSCVP**

CERTIFICADO DE PRESENÇA

1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE
NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

CUIDAR PARA O DESENVOLVIMENTO

15 e 16 de Novembro de 2013

CARLA COIMBRA esteve presente no 1º Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, que decorreu no Auditório do Edifício Escolar da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, no Hospital de S. Francisco Xavier, com duração de 11 horas.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

ASSINATURA

ASSINATURA

